Rok XXXVIII. Kraków, 19 Sierpnia 1899. Nr. 33.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Podwale L. 9.

Expedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 19 Sierpnia 1899. Nr. 33.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z pracowni chemicznej kliniki lekarskiej Prof. Dra Ant. Gluzińskiego we Lwowie.**

Wpływ soli mineralnych na przemianę materyi w gorączce.

Podał

Dr. W. D. Moraczewski.

W przeciągu trzech ubiegłych zim zajmowałem się badaniem przemiany materyi w zapaleniu płuc, poczęści w zamiarze poznania bilansu chlorków, fosforanów i wapna w gorączce, potrochu w celu próbowania wpływu soli kuchennej i fosforanu wapna na wydzielanie azotu w gorączce. W ciągu badań nasunęło się dużo innych pytań, które w części tylko dały się uwzględnić, a które mimo to zepchnęły na drugi plan pierwotny cel pracy. Mam zamiar podać krótkie sprawozdanie z moich doświadczeń, opuszczając długie tablice i historye chorób, które gdzieindziej pomieszczę.

Przy omawianiu wyników zdam sprawę po kolei z zachowania się azotu, chloru, fosforu i wapna, naprzód bez wszelkiego współdziałania soli, a potem w zależności od używanych przez nas środków.

Wydzielanie azotu w gorączce jest mało zależne od pożywienia, to znaczy, że pewna ilość azotu wydzielana zostaje bez względu na to, czy żywność w azot obfituje, czy nie. Oczywiście, że ilość wydzielonego azotu waha się bardzo; zarówno dla pewnego ustroju, a tembardziej dla ogółu, nie da się ustalić żadne prawidło. Ten sam chory może wydzielić 7 i 30 grm. azotu dziennie. Napotykaliśmy liczby niższe i wyższe. Jako prawidłowy rozkład azotu przyjąćby można 15—20 grm. azotu dziennie. Otóż ta ilość nie jest zależną od pożywienia i chory wydziela tyleż azotu przy skąpem pożywieniu, przedstawiającem wartość 7 grm. azotu, co i przy dobrem, które zawiera 10 lub 14 grm. Wydzielenie azotu w czasie gorączki bywa zazwyczaj mniejsze, niż w pierwszych dniach po przełomie. Nadmierne wydzielenie azotu w pierwszych dniach bezgorączkowych jest prawie stałem zjawiskiem, potem dopiero spada ilość azotu i zaczyna stosować się do ilości pożywienia. Ponieważ ilość wydzielonego azotu jest stałą, zatem możemy bardzo łatwo doprowadzić ustrój do równowagi azotowej, albo nawet do przyrostu, przez podawanie większych ilości części azotowych. Ilość bowiem zatrzymywanego albo traconego azotu zależną jest od ilości doprowadzonego. Sprawdzili to wielokrotnie Leyden, Buss i Hösslin; tembardziej dziwne wydało mi się wypowiedziane przez Benedikta mniemanie, jakoby w gorączce należało przyzwyczajać komórki do ubogiego w azot pożywienia, aby tem obficiej zatrzymywały azot po gorączce. Doświadczenia nasze wykazują niewątpliwie, że obfite doprowadzanie azotu wpływa na zatrzymanie azotu zarówno w czasie gorączki, jak i potem. Wynika stąd, że przez silne żywienie doprowadzamy straty azotu do *minimum*, a w pogorączkowym okresie wywołujemy zatrzymanie azotu. Czy ów zatrzymany azot po gorączce jest zyskiem, czy dowodem słabej przeróbki w ustroju, na to trudno odpowiedzieć. W każdym razie zyski ustroju można wykazać liczebnie i stwierdzić co dnia 1 grm. do 13 grm. jako nadwyżkę dla ustroju.

Na zmniejszenie wydzielenia azotu w gorączce wpływa cukier. Wykazał to już May w doświadczeniach na psach. Z liczb znalezionych przezemnie daje się wyciągnąć ten sam wniosek; przy dodawaniu 100 grm. cukru do pokarmów zmniejszyliśmy wydzielenie azotu mniej więcej o 5 do 11 grm. dziennie.

Wydzielanie chlorków podlega zupełnie innym prawom, niż wydzielanie azotu. Ilość wydzielonego chloru jest nie stała i zależna od ilości wprowadzonego. Organizm gorączkujący wydziela mało chlorków, a raczej zatrzymuje stale chlorki i inne sole. Zatrzymywanie chlorków bywa rozmaicie silne. W przypadkach ciężkich chlorki stosunkowo mniej bywają zatrzymane, niż w typowym przebiegu zapalenia płuc. Bardzo być może, że skąpe zatrzymanie chlorków zależy od stosunkowo małego zatrzymania wody, a małe zatrzymanie wody odpowiada może tym warunkom, które Samuel sztucznie tworzył, zaciskając tętnicę. Samuel wykazał wówczas skłonność do obumierania oparzonych części i dowiódł, że należyty dopływ krwi przyczynia się do wygojenia. Moglibyśmy w przypadkach zapalenia płuc, w których przez wyjątkowe zachowanie się chlorków przeczuwamy brak dopływu krwi, przypuścić także obumieranie części zapalonych i objaśniać tem groźny przebieg. Po przełomie chlorki często wydzielają się jeszcze skąpiej, niż w gorączce, dopiero po kilku dniach wznosi się ich ilość do wysokości prawidłowej, czasem ją przekracza. Nie w każdym przypadku można się jednak doczekać owego wielokrotnie omawianego nadmiernego wydzielenia chlorków i bardzo być może, że potrzeba długiego czasu, zanim ustrój pozbędzie się całej ilości zatrzymanych chlorków, być może, że wszystkiej ilości nie oddaje wcale i w takich zmianach szukać należałoby usposobienia albo odporności dla przebytej choroby. Z bilansu chlorków przekonaliśmy się, że prawie zawsze 90% wprowadzonego chloru ulega zatrzymaniu. Zatem na zatrzymanie chloru nie można wpłynąć silniejszym dowozem chlorków. Ustrój nadmiar chloru wydala. Ustrój ma pewną koncentracyę, pewne stężenie stałe, pewne nasycenie dla chlorków. Nie dostrzegaliśmy natomiast ani nasycenia azotem, ani wydzielania nadmiaru azotu. Różnicę tę należy za-

znaczyć, bo spotkamy ją znowu przy omawianiu fosforu i wapna.

Wydzielanie fosforanów przypomina wydzielanie azotu, jest stałe i od dopływu fosforanów niezależne. Wydzielanie wzmożone jest w gorączce i w pierwszych dniach po przełomie i prawdopodobnie poprzełomowe wydzielanie stoi w styczności z powiększeniem wydzielania azotu, a zmniejszeniem chlorków i wapna. Fosforany mają tak rozmaite pochodzenie i rozmaitą rolę, że oznaczenie samego fosforu nie może doprowadzić do żadnych wyraźnych wniosków. Niektórzy autorowie utrzymują, że fosforany nie wydzielają się nadmiernie. Ogólne mniemanie jest wprost przeciwne. Różnica zdań pochodzi niewątpliwie stąd, że w wydzielaniu fosforanów spotykamy wahania, że obok bardzo obfitego wydzielania spotykamy zatrzymanie. Fosforany powstają przy rozkładzie białek i dla tego muszą się w gorączce wydzielać na równi z azotem. Jeżeli jednak porównamy stosunek azotu do fosforanów w pożywieniu ze stosunkiem tym samym w wydzielinach, to przekonamy się prawie w każdym przypadku, że fosforu wydziela się mniej. Fosfor zatem zostaje zatrzymany i, zdaniem mojem, dzieli los chlorków t. j. wsiąka w tkanki. Ponieważ jednak fosforany bez porównania wolniej przeprowadzają elektryczność, bez porównania mniej są ruchliwe od chlorków, zatem chlorki szybciej i obficiej wsiąkają i wyprzedzają fosforany. Fosforany tylko wtedy ulegają wessaniu, jeżeli chlorków nie wystarcza dla pokrycia potrzeb koncentracyi. Jeżeli dodamy chlorków sztucznie do pożywienia, wtedy chlorki zastępują fosfor, a w wydzielinach spotykamy ten sam stosunek fosforu do azotu, co w pożywieniu.

Wydzielanie wapna ulega zmniejszeniu w czasie gorączki. Zarówno przez nerki, jak i przez kiszki, wydziela się wapno bardzo skąpo. Wydzielanie przez nerki może dojść do śladów, które zaledwie dadzą się zważyć. Zależności między wydzielaniem a ciężkością przypadków wykryć nie można. Zauważyłem kilkakrotnie, że na dzień przed przełomem ilość wapna raptownie opada; ponieważ żaden z innych składników nie ulega tej zmianie, zatem gotowiśmy przypuścić, że jakaś zmiana nerwowa powoduje takie obniżenie. Wiadomo od czasów doświadczeń Naunyna, że azot przed gorączką może się wydzielać nadmiernie. Może i wapno przed opadaniem gorączki zmienia raptem ilości wydzielone. Niewytłómaczony ten objaw nie wszędzie można spotkać, ale gdzie on się zdarzy, tam jest niezawodnym znakiem zbliżania się przełomu. Ogólnie da się o wapnie powiedzieć to samo, co mówiłem o chlorkach. Zupełnie jak chlorki, daje się wapno przez podawanie soli wapniowych podnosić w wydzielinach, podobnie jak chlorki pewna część, około 80%, ulega zatrzymaniu. Po przełomie następuje powolne wznoszenie się wydzielania, poprzedzone czasem jednorazowem opadnięciem wydzielonej ilości. Wapno w kale przewyższa zawsze fosfor, ale w czasie gorączki stosunek odpowiada soli kwaśnej, t. j. ilość wapna ma się do fosforu, jak 80 do 60. W czasie bezgorączkowym ilość wapna jest dwa razy większa od ilości fosforu, 120 do 60, stosunek odpowiadający obojętnej soli fosforanu wapna. Możemy zatem przypuszczać, że albo nadmiar fosforu przeistacza sól obojętną w kwaśną, albo wapno zatrzymywane nie nasyca kwasu fosforowego.

Oznaczaliśmy w niektórych przypadkach magn i przekonaliśmy się, że zachowanie się soli magnowych odpowiada zachowaniu się fosforu. Magn obficiej wydziela się w gorączce, dochodzi swego *maximum* w dniu przełomu, a spada w okresie bezgorączkowym.

Tyle co do naszych bezpośrednich spostrzeżeń.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego pod kierownictwem Dra M. Rutkowskiego.

O ranach postrzałowych wątroby.

Podał

Dr. Ryszard Urbanik.

(Dokończenie).

Za główny postęp w leczeniu zranień wątroby należy uważać wprowadzenie do chirurgii wspomnianej już zasady, opiewającej, że każda rana postrzałowa brzucha wymaga wykonania laparotomii ze względów rozpoznawczych i leczniczych. Im wcześniej po zranieniu zabieg ten zostanie wykonany, tem większe jest prawdopodobieństwo pomyślnego wyniku. Jedynie w tych przypadkach, w których możemy z całą pewnością wykluczyć równoczesne zranienia innych narządów, a główne objawy ze strony rany w wątrobie nie wymagają natychmiastowego wkroczenia, wyczekiwanie mogłoby być usprawiedliwionem Badanie ustawiczne stanu ogólnego, badanie tętna daje w tych razach wskazówki, dotyczące dalszego zachowania się chirurga. Ponieważ podobne przypadki uważane być mogą za wyrozumowane lub co najwyżej wyjątkowo tylko się przydarzające, przeto powyższa zasada powinna być w praktyce stosowaną w całej osnowie.

O ile stan ogólny na to pozwala, może być zastosowanem uśpienie chloroformowe lub eterowe. Wobec stanu ogólnego, podupadłego wskutek ostrej niedokrewności, użyć można do znieczulenia powłok sposobu S c h l e i c h a. Zdaniem L a n g e n b u c h a punktem wyjścia dla cięcia laparotomijnego powinna być rana w powłokach. Zdaje mi się, że kierowanie cięcia zależnie od rany w powłokach przedstawia w porównaniu z cięciem w linii białej pewne niedogodności. Przedewszystkiem czyni cięcie w linii białej inne narządy, położone w jamie brzusznej, dostępniejszymi dla dokładnego zbadania. Powtóre pozwala cięcie to uniknąć wykroczenia przeciw zasadom aseptyki, popełnionoby je zaś, rozpoczynając cięcie przy laparotomii aseptycznej od rany, co do której pod względem stanu aseptycznego poważne muszą zachodzić wątpliwości. Cięcie w linii środkowej uzupełnionem być może w razie potrzeby cięciem dodatkowem, biegnącem poniżej i równolegle do prawego łuku żebrowego. Po otwarciu jamy brzusznej i usunięciu skrzepów i świeżo wylanej krwi należy przedewszystkiem odszukać miejsce krwawiące. Niekiedy siedziba rany wymaga szczególnych zabiegów, celem utworzenia wygodnego do niej dostępu. Ranę postrzałową, usadowioną na szczycie lub przedniej powierzchni wypukłości wątroby udostępnić można silnem zesunięciem jej ku przodowi i dołowi. Więcej trudności przedstawiają rany tylnej powierzchni. W tych przypadkach przecięcie więzadeł, wytwarzając większą ruchomość narządu, umożliwia dotarcie do miejsca krwawiącego. L a n g e n b u c h uważa przecięcie szerokiego więzadła wieńcowego *(lig. coronarium)* i bocznych więzadeł trójkątnych *(lig. triangularia)* za dopuszczalne,

„gdyż chodzi tu o uratowanie życia, a nie o utrzymanie ciągłości więzadeł“. W niektórych przypadkach dobre usługi oddać może sposób Lannelonguea, a mianowicie resekcya chrząstek 8—11 żebra w części niepokrytej opłucną. Skoro rana stała się dla badania dostępną, należy zdać sobie sprawę z jej jakości, a przedewszystkiem z tego, czy mamy do czynienia z raną przeszywającą, czy też z przestrzałem, ślepo się kończącym. Stwierdzenie tej drugiej możliwości zwalnia od przeszukiwania innych narządów jamy brzusznej. Innego znaczenia szczegół ten niema, gdyż obecność pocisku nie może żadną miarą wpływać na wskazania i rodzaj zabiegu. Tkwiące w ranie ciała obce, jak pociski i odłamki kostne, usuwać można o tyle, o ile one dają się usunąć bez zastosowania szczególniejszych zabiegów. Podejmowanie szczególnego zabiegu, mającego na celu wyłącznie usunięcie pocisku, stoi w rażącej sprzeczności z zasadami nowoczesnej chirurgii. König uważa poszukiwanie pocisku za dopuszczalne tylko w tych przypadkach, w których mamy pewność co do siedziby pocisku, a wydobycie jego nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa dla życia. Langenbuch w zasadzie nie sprzeciwia się usiłowaniom wydobycia pocisku, o ile przez nie nie marnuje się zawiele w tych przypadkach tak drogiego czasu. Najtrafniejszem jest bezsprzecznie zapatrywanie Terriera i Auvraya, którzy ogólnie twierdzą, iż pociski można tylko wtedy usuwać, jeżeli się to daje uskutecznić bez wywoływania dalszych zranień. Z jednej strony liczne spostrzeżenia kliniczne, w których pociski tkwiły przez długi czas w miąższu wątroby, nie wywołując żadnych groźniejszych objawów z drugiej zaś strony doniesienia o gwałtownych krwotokach, towarzyszących usuwaniu pocisku, stanowczo przemawiają na korzyść biernego zachowania się.

Jedno spojrzenie na ranę poucza o szczególe, pozwalającym ocenić grozę zranienia. Tym szczegółem jest krwotok. Od jego nasilenia zależy całe postępowanie chirurga. Krwotok bywa w tych przypadkach niekiedy tak gwałtownym, iż natychmiast obmyślone postępowanie musi być zastosowane już w kilku następnych chwilach. Celem łatwiejszego rozpatrzenia się w ranie, zalewanej ustawicznie krwią, i celem zyskania na czasie można za radą Langenbucha ucisnąć lub tymczasowo podwiązać tętnicę krezkową górną *(a. mesaraica super.)*, przez co chwilowo zdołamy nieco zmniejszyć nasilenie krwotoku. Środkami, tamującymi krwotok z wątroby, są: podwiązanie naczyń odosobnionych lub angiotrypsia, tamponowanie, szew i działanie wysokiej ciepłoty, jak termokauter lub gorąca para. Najdzielniejszym z tych środków jest szew wątroby. Zgadza się na to przeważna liczba chirurgów, którzy mieli sposobność zwalczać podobne krwotoki. Liczne doświadczenia i spostrzeżenia kliniczne stwierdziły szczegół, dawniej nieznany, że zdrowy miąższ wątroby zupełnie nadaje się do założenia szwów. Wyjątkowo trudnem może być ich założenie w wątrobie młodych osobników (Schlatter), lub w miąższu, zmienionym chorobowo np. skrobiowato zwyrodniałym. (J. Smits). W razie krwotoku z rany szczelinowatej należy brzegi jej dokładnie zbliżyć szwami, które zazwyczaj krwotok dokładnie zatamują. Jeżeli napotkamy w ranie naczynia większe, krwawiące, należy je podwiązać. Jeżeliby podwiązanie z powodu niekorzystnego położenia naczynia krwawiącego natrafiało na nieprzezwyciężone trudności, możnaby pozostawić założone kleszczyki. O wartości angiotrypsyi w tych przypadkach orzekać nie można, gdyż zupełnie brak odnośnych spostrzeżeń kazuistycznych. Do szycia należy używać materyału grubego, gdyż tem zapobiega się łatwemu przecinaniu zakładanych szwów. Najlepiej nadaje się do tego gruby katgut, gdyż ulegając wessaniu nie będzie on odgrywał roli ciała obcego. Igły muszą być płaskie lub krągłe o końcach tępych, jakiemi się posługiwali w swoich doświadczeniach Kusnezow i Penski. W przypadkach ran szczelinowatych, drążących w głąb miąższu, należy zakładać szwy głębokie, które można uzupełnić szwami, chwytającymi sami torebkę. Przy płytkich rozdarciach wystarcza ostatni rodzaj szwów. Burckhardt sądzi, że jedynie w tych przypadkach można szwem krwotok zatamować, w których igłą daje się podejść pod dno rany. Spostrzeżenia Schlattera zbijają zupełnie to zdanie. Mimo oczywistych zalet szwu wątroby odzywają się głosy, powątpiewające o jego skuteczności jako środka, tamującego krwotok. Vanverts n. p. nie przeczy temu, że szew w wątrobie założyć można, mniema jednakowoż, że z powodu znacznej kruchości miąższu środek ten mało się nadaje do zwalczania krwotoku. Jednakże wobec tego, że przeciwnicy są nieliczni, a dowody ich nie są czerpane z praktyki, środek ten do chwili obecnej, wśród innych zajmuje pierwsze miejsce.

Gdyby założenie szwów było niemożebnem, lub założone szwy niezupełnie tamowały krwotok, można korzystać z innego, również dzielnego środka t. j. tamponowania. Wprowadzenie tamponu z wyjałowionej gazy do przestrzału pozwala dokładnie zatamować krwotok. W przypadkach przestrzałów, ślepo się kończących, zeszycie wlotu postrzału okazać się może wystarczającem, jak o tem świadczy przypadek, operowany przez Rueppa w klinice Kroenleina. Przyszyciem sieci do rany zatamować się daje krwotok z oderwanego brzegu wątroby. (Snegirew).

Termokauter stosować można przy krwotokach z draśniętej powierzchni lub z miejsca, niedostępnego dla szwów. Przy krwotokach z większych naczyń środek ten niema znaczenia, a zdaniem Tansiniego zawodzi on bardzo często nawet przy nieznacznych krwotokach miąższowych.

To samo można słusznie twierdzić o stosowaniu gorącej pary. Jakkolwiek Snegirew, który pierwszy uciekł się do tego postępowania z pomyślnym skutkiem w krwotoku przy resekcyi wątroby, zaleca go gorąco, to trudności, jakie się nasuwają przy użyciu tego środka w przypadkach nagłych, nakazują nie brać go w tych razach w rachubę.

Z chwilą zatamowania krwotoku spełnił chirurg najważniejsze swoje zadanie wobec rany wątroby. Leczenie następowe i zwalczanie dołączających się powikłań przeprowadza się według zasad ogólnych i wskazówek, podanych przez tak znakomicie wykształconą chirurgię wątroby.

Za wzór postępowania w przypadkach ran postrzałowych wątroby posłużyć może przypadek, który miałem sposobność spostrzegać w ciągu przeszłego roku w klinice chirurgicznej. Przypadek ten dał mi pochop do rozpatrzenia się w odnośnej literaturze i skreślenia na jej podstawie powyższego szkicu.

Przebieg przypadku tego przedstawia się, jak następuje:

K. M., liczący lat 23, otrzymał w dniu 22. XI. 1898 r. postrzał w okolicę podżebrza prawego z pistoletu gładkiego (8 mm.) z odległości około 18 kroków. Raniony postąpił po postrzale kilka kroków. Obecny przy wypadku lekarz opatrzył antyseptycznie rany, które niezna-

cznie krwawiły i zarządził przewiezienie chorego do kliniki, gdzie przyjęto go w niespełna godzinę po wypadku.

Badanie wykazywało następujący stan: Osobnik miernie zbudowany, słabo odżywiony. Powłoki skórne blade. Tętno przyspieszone (100), słabo napięte. Chory zupełnie przytomny, leży z kończynami zgiętemi w stawach kolanowych i skarży się na gwałtowne bóle w brzuchu. Bóle te są rozlane, chory nie określa dokładniej ich siedziby. Brzuch nie jest wzdęty, przy ucisku bolesny. Odgłos wypukowy nad nim wszędzie jawny. Nieco na wewnątrz od linii sutkowej prawej, tuż pod łukiem żebrowym, znajduje się w powłokach otwór dokładnie okrągły, średnicy około 6 mm., o brzegach gładkich. W świetle tego otworu znajdują się świeże skrzepy. Na skórze w okolicy tego otworu znajdują się nieliczne plamy, pochodzące od świeżo skrzepłej krwi. Otwór drugi, okazujący te same cechy, jak poprzedni, tylko o brzegach nieznacznie strzępionych, znajduje się w linii sutkowej lewej, na 3 palce poniżej łuku żebrowego. Wobec pewności, że zachodzi przypadek rany postrzałowej, przeszywającej brzuch, i wobec szybko wzmagających się objawów ostrej niedokrewności przystąpiono natychmiast po przyjęciu chorego do operacyi. W czasie przygotowania do niej, a mianowicie podczas odkażania pola operacyjnego, chory począł tracić przytomność, tętno stało się szybszem, słabo wyczuwalnem.

Operacyę wykonano w uśpieniu chloroformowem. Operował Dr. Rutkowski. Cięcie w linii środkowej od wyrostka mieczykowatego do pępka. W cięciu tem otwarto jamę brzuszną. Po usunięciu z niej znacznej ilości świeżo wylanej krwi odszukano miejsce krwawiące, którem okazała się rana w wątrobie. Na przedniej powierzchni prawego płata wątroby w odległości około 4 ctm. od jej brzegu znajduje się szczelinowate rozdarcie o brzegach wystrzępionych, długości około 10 ctm., głębokości około 2 ctm., biegnące prawie równolegle do brzegu wątroby. Szczelina ta ma na przekroju kształt trójkąta, zwróconego podstawą ku powierzchni wątroby. Rana ta gwałtownie krwawi. Przystąpiono do jej zeszycia. Użyto igieł Kusnezowa i Penskiego. Pierwszy szew jedwabny przeciął tkankę, wskutek czego użyto w dalszym ciągu szwów katgutowych grubych (Nr. 6). Szwy silnie przyciągano, brzegi rany dobrze się dostosowały. Zakładano szew miąższowy, ciągły, przechodzący pod dno rany. Po jego założeniu krwotok natychmiast ustał. Dokładne przeglądnięcie innych narządów jamy brzusznej nie wykazało w nich równoczesnych zranień. Następnie kilkoma szwami katgutowymi, przechodzącymi z jednej strony przez torebkę i nieco miąższu, a z drugiej przez otrzewnę ścienną, wydzielono w półkolu ranę wraz z przyległym miąższem z jamy otrzewnej. Użyto przytem katgutu, uzbrojonego dwoma igłami, a mianowicie igłą płaską, tępą dla miąższu i zwykłą igłą chirurgiczną, ostrą dla otrzewnej. Ranę laparotomijną w dolnym odcinku w zupełności zamknięto trójwarstwowym szwem, pozostawiono natomiast w górnym odcinku otwór, którym wprowadzono trzy setony z wyjałowionej gazy; jeden seton ku górze na przedniej powierzchni wątroby, drugi pod brzeg tejże, a trzeci w kierunku wylotu przestrzału. Opatrzono aseptycznie.

Przebieg pooperacyjny był zupełnie zadowalniający. 29. XI. Zmiana opatrunku. Setony, przesiąkłe obficie żółcią, nieco wysunięto. 3. XII. Setony zupełnie suche. Rana w odcinku zaszytym doraźnie zagojona (*per primam*). Setony zwolna usuwano przy dalszych zmianach opatrunku. Po ich wyjęciu brzegi pokryte bujną ziarniną szybko się zbliżały. Rany postrzałowe w powłokach goiły się *per secund.* W wylocie postrzału toczyła się bardzo silna sprawa ropna. Przebieg pooperacyjny był zupełnie bezgorączkowy. Najwyższa ciepłota, spostrzeżona w trzecim dniu po operacyi, wynosiła 37·6°. Żółtaczki w ciągu całego spostrzegania klinicznego nie stwierdzono. Chory nie odczuwając zupełnie żadnych dolegliwości opuszcza jako uleczony klinikę w dniu 8. I. 1899 roku.

Powyższy przypadek z wielu względów zasługuje na szczególną uwagę.

Przedstawiał on przedewszystkiem trudności rozpoznawcze. Jedynym objawem, na podstawie którego można było przypuszczać zranienie wątroby, było położenie wlotu postrzału i stosunek obu ran do siebie.

Krwotok z ran zewnętrznych był nieznaczny, przypadek ten więc poucza dowodnie, jak ważnem jest badanie stanu ogólnego, a zwłaszcza tętna, które pozwala uniknąć omyłek przy ocenianiu nasilenia krwotoku.

Postać rany nasuwać może pytanie, czy mieliśmy do czynienia z przestrzałem żłobowatym, czy też z przestrzałem przeszywającym, powikłanym skutkami wybuchowego działania pocisku. Okoliczność ta, że rozstrzępienie dotyczyło przeważnie brzegów rany, podczas gdy dno jej było gładszem, zdaje się przemawiać za ostatniem przypuszczeniem.

Znakomity wynik, osiągnięty założeniem szwów wobec tak gwałtownego krwotoku świadczy dowodnie o wielkiej wartości tego środka. Jednej korzystnej strony szwu wątroby, na którą z naciskiem zwraca uwagę Schlatter, nie wyzyskano w naszym przypadku. Wspomniany autor, który należy do gorliwych zwolenników tego środka, przytacza między jego zaletami tę okoliczność, że szew pozwala na natychmiastowe i dokładne zamknięcie jamy brzusznej. Argument ten wśród licznych innych, przytoczonych przez Schlattera jest bezwarunkowo najsłabszym. W naszym przypadku nie korzystano z tej zalety szwu i wątpić można, czy wogóle który chirurg korzystałby z niej w podobnych przypadkach. Pozaotrzewnowe traktowanie rany w wątrobie, jak to polecali i wykonywali Hochenegg, Schmidt, Tillmanns i inni, obok sączkowania jamy otrzewnej zapomocą strzępów gazy, można uważać za wzór postępowania w tych przypadkach. Wszak stoimy tu wobec rany, której żadną miarą *a priori* za aseptyczną uważać nie możemy, a która prowadzi do otwartej jamy otrzewnej. Mając ten szczegół na oku należy przygotować drogę do zwalczania zapalenia otrzewnej, gdyby ono mimo tych środków zapobiegawczych miało wystąpić. Zresztą obawa przed ponownym krwotokiem wymaga tego rodzaju ułożenia rany, aby można w razie potrzeby w najkrótszym czasie i najwygodniejszą drogą do niej się dostać. Wagner, który korzystał w przypadku resekcyi wątroby z tej wrzekomej zalety szwu, utracił chorego z powodu następowego krwotoku.

Rany postrzałowe powłok goiły się w tym przypadku jak wspomniano *per secund.*, powikłanie to na przebieg leczenia wogóle nie wywarło jednakowoż żadnego niekorzystnego wpływu. Wobec tego, że nie jest wykluczonem wystąpienie gwałtownego ropienia w tych ranach, które mogłoby stanowić wcale niekorzystne powikłanie, w zupełności jest usprawiedliwionym sposób postępowania w powyższym przypadku.

W końcu spełniam miły obowiązek, dziękując czcigodnemu szefowi memu Drowi Rutkowskiemu za łaskawe odstąpienie mi tego nader pouczającego przypadku.

Uwzględniona literatura.

Bogdanik. Die Geschosswirkung der Mannlicher-Gewehre. Wiener Klinik. XVI. 12. 1890. — Burckhardt. Beitrag zur Behandlung der Leberverletzungen. Centralblatt f. Chirurgie. 1887. 5. — Edler. Die traumatischen Verletzungen der parenchymatösen Unterleibsorgane. Langenbecks Archiv. XXXIV. 2. — Eichel. Ueber Schussverletzungen mit dem deutschen Armeerevolver. Langenbecks Archiv. 1896. Bd. I. 52. — Fischer. Handbuch der Kriegschirurgie. Bd. 1. 1882. — Habart. Die Geschosswirkung der 8- Millimeter-Handfeuerwaffen. Wiedeń. 1892. — Kusnezow et Penski. Etudes cliniques et expériences sur la chirurgie du foie. Revue de chirurg. 1897. 7, 12. i sprawozdanie z V Zjazdu lekarzy rosyjskich. Centralbl. f. Chir. 1894. 41. — Langenbuch. Chirurgie der Leber und Gallenblase. Deutsche Chirurgie. 45 c. 1897. — Mayer. Die Wunden der Leber und der Gallenorgane. München. 1872. — Mosetig-Moorhof. Vorlesungen über Kriegschirurgie. Wiedeń. 1887. — Schlatter. Die Behandlung der traumatischen Leberverletzungen. Brun's Beiträge zur klin. Chirurg. XV. 2. 1896. — Smits. Ein Fall von Leberverletzung. Geneesk. Tydschrift

voor N. Indie. XXXIII. 1. ref. w Centralblatt f. Chir. 1893. 28. — Terrier et Auvray. Les traumatismes du foie et des voies biliaires. I. Revue de chir. 1896. 10. — Vanverts. Des ruptures du foie et de leur traitement. Arch. génér. de méd. 1897. II. — Wagner. Ueber Schussverletzungen im Frieden. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. XXVIII. 1888.

III. Przyczynek do etyologii paraliżu postępowego *(Dementia paralytica).*

Podał
Dr. Mieczysław Świtalski.

(Ciąg dalszy).

Zbierając dane poszczególnych rubryk, dostaniemy następujące liczby w odsetkach. Wyznania katolickiego 48·2%, ewangelickiego 10·5%, grecko-oryentalnego 13·5%, mojżeszowego 27·9%; stanu wolnego 22·5%, wdowców 1·5%, żonatych 75·2%; kiłę przebyło 36·4% chorych, u 12% wykluczyć jej nie można. Alkoholików 8·5%, morfinistów 1·5%, troski i przeciążenia umysłowe znachodzimy u 19%, uraz w głowę ucierpiało 8·5%. — Choroba wystąpiła u 45 między 30—40, u 72 między 40—50, u 16 między 50—60 rokiem życia. Przeciętny wiek chorych wynosi 43·1 lat.

W zestawieniu powyższem zwrócić musi przedewszystkiem uwagę znaczna ilość chorych, którzy przed laty przebyli kiłę. I tak widzimy, że ze 133 paralityków przebyło ją 46 = 34·6%, u 16 = 12% nie można jej było z pewnością wykluczyć. Do tych ostatnich zaliczyłem tych, którzy mieli kiedyś nierozpoznane dokładnie owrzodzenie na częściach płciowych i tych, których żony roniły, a innej przyczyny dla poronienia nie było, jak możliwa kiła męża. Odsetek powyższy w statystykach rozmaitych autorów jest wprawdzie dość różny, ale w każdym razie mniej lub więcej znaczny i tak Ascher mógł wykazać kiłę u 53·7, Bjornstrom u 24, Eikholt u 11, Lange u 33—51, Oebeke u 62, Simerling u 11·1, Westphal u 39·8, Ziehen u 30 do 46, Mendel u 75, Kowalewsky u 86·7 chorych na stu.

Ten znaczny odsetek coraz bardziej zwracał na siebie uwagę, tak, iż w ostatnich czasach znaczna część psychiatrów wypowiedziała zdanie, że paraliż postępowy jest następstwem kiły i że nie występuje bez poprzedniego zakażenia kiłowego. Na tem stanowisku stoi znaczna część psychiatrów niemieckich, a przedewszystkiem szkoła wiedeńska. Mniej zwolenników ma to zapatrywanie wśród lekarzy francuzkich, którzy w kile widzą wprawdzie ważny czynnik przyczynowy dla paraliżu, ale nie przyznają jej znaczenia bewzględnego. Wernicke, Meynert, Mendel, Ziehen uważają kiłę za czynnik przygotowujący podłoże, do powstania zaś paraliżu postępowego potrzeba jeszcze innych przyczyn. Tylko w razach, gdzie schorzenie występuje bardzo krótko po nabyciu wrzodu pierwotnego, uważają je za bezpośrednie następstwo zakażenia kiłowego. Tarnovsky przypuszcza nawet, że leczenie rtęciowe może wywołać wspomnianą chorobę. Hirschl, badając 200 paralityków, znalazł 81% takich, którzy przebyli kiłę. W liczbie tych znajdują się już i ci, u których wprawdzie wywiady o kile nie wspominają, ale jej także nie można było wykluczyć. Autor ten stara się dalej przekonać, że każdy paralityk przechodził kiłę, chociaż o niej nie wie. Przychodzi w końcu do wniosku, że paraliż postępowy jest formą kiły trzeciorzędnej.

Fournier, Moebius są głównymi przedstawicielami autorów, którzy omawianą chorobę uważają za schorzenie metasyfilityczne. Jest jednak wielu i takich, którzy kiłę uważają za niewiele znaczący czynnik etyologiczny, natomiast oddają pierwszeństwo innym szkodliwościom. Wobec tak znacznej różnicy zapatrywań, nie można sprawy tej za załatwioną uważać. Każde z powyżej wymienionych zapatrywań ma spostrzeżenia, które za niem i przeciwko niemu przemawiają. Gdybyśmy przyjęli, że każdy paralityk przechodził kiłę, to w każdym razie stosunkowo małą jest liczba takich, u których o niej z wywiadów się dowiadujemy. Musielibyśmy przypuścić, że kiła w reszcie przypadków została przez chorego przeoczona. Możebnem to jest łatwo u kobiety, która, mając jaki nieznaczny wrzodzik wewnątrz części rodnych, nie sprawiający jej dolegliwości, nie będzie o nim wiedzieć, u ludzi z niższych warstw społeczeństwa, którzy niewiele uwagi na siebie zwracają, ale trudniej się to zdarzy u mężczyzn, należących do inteligencyi. Choćby i z tych część przeoczyła objawy kiły, albo o nich zapomniała, to w każdym razie zostanie jeszcze pokaźna liczba, u której nie mamy najmniejszych danych do przypuszczania, że kiłę przechodzili. Powiększenie gruczołów chłonnych niczego jeszcze nie dowodzi, gdyż spotykamy je bardzo często u ludzi, którzy z pewnością kiły nigdy nie przechodzili, a natomiast nie znajdujemy go u kiłowych. Uderzającem jest dalej, jak rzadko spotykamy u paralityków zmiany kiłowe trzeciorzędne. Bardzo natomiast przemawiają za tem, że każdy paralityk przechodził kiłę, doświadczenia wykonane ze szczepieniem kiły u 9 chorych, u których wywiady co do przebytej kiły dały wynik ujemny. Żaden ze szczepionych nie dostał objawów kiły. Doświadczenia te, jakkolwiek bardzo przekonywające, są zbyt nieliczne, by z nich można dojść do pewnego wniosku, a powtóre nie są do dzisiaj dokładnie znane, a to dla tego, że nie zostały szczegółowo ogłoszone. Na poparcie zapatrywania, że kiła wywołuje paraliż postępowy, przytaczają zwolennicy tego zdania okoliczność, że choroba ta jest rzadką u murzynów, plemion afrykańskich i mieszkańców pierwotnych Ameryki, u których i kiła nie jest rozpowszechnioną. Występuje zaś paraliż postępowy tylko u tych, którzy w zetknięciu z Europejczykami przyjmują ich cywilizacyą, a zarazem nabywają od nich kiły. Te spostrzeżenia nie zdają się jednak być ściśle naukowemi, gdyż dopiero w ostatnich latach statystyki sporządzane są przez ludzi fachowych, lekarzy, podczas gdy dawniejsze pochodzą od misyonarzy i podróżników. W przeciwieństwie do tego stoją Siam, Abisynia, dalej kraje azyatyckie, gdzie kiła jest chorobą bardzo rozpowszechnioną, a mimo to paraliż postępowy jest tam rzadkim. Ciekawem jest również, że w Berlinie, jakkolwiek częstość kiły się zmniejszyła, ilość paralityków stale wzrasta. Również zdaje się być paraliż postępowy rzadkim u prostytutek (Simerling, Greidenberg), jakkolwiek kiła u nich tak częsta, że chyba trudno znaleść prostytutkę, którąby jej nie przechodziła. Greidenberg pomiędzy 68 kobietami, choremi na paraliż postępowy, znalazł tylko jedną prostytutkę, podczas gdy Fournier, Mendel wykazują ich znacznie więcej.

Przeciwko mniemaniu, żeby paraliż postępowy był jedną z postaci trzeciorzędnej kiły, przemawia bezskuteczność leczenia przeciwkiłowego. Podczas gdy zmiany kiłowe pod wpływem leczenia jodkiem potasu i rtęcią ustępują z zadzi-

wiającą szybkością, w paraliżu postępowym nie mamy żadnych wyników tego leczenia, a raczej często pogorszenia. Jakkolwiek spotykamy w literaturze wzmianki o wynikach dodatnich, nie muszą one jednak być tak świetne, skoro środki te nie są w powszechnem użyciu. Natomiast widzimy w przebiegu tej choroby, szczególnie w jej początku, często tak znaczne złagodnienia (remissye), że nie badając dokładnie chorego, nie moglibyśmy przypuścić, iż cierpi na paraliż postępowy, Dzieje się to najczęściej, skoro chory zostanie oddany do zakładu, gdzie znachodzi odmienne warunki bytu, bez wzruszeń i wrażeń życia codziennego. Nie sadzę, ażeby te czynniki miały jakikolwiek wpływ na sprawę kiłową. Bardzo rzadko spotykamy również przy sekcyach paralityków nawet tych, którzy przechodzili kiłę, zmiany kiłowe, znamienne dla tej choroby, jak *endarteriitis obliterans*, kilaki, zgrubienie kostne, kostniaki, martwicę kości. Często nawet miażdżyca tętnic jest bardzo nieznacznego stopnia. Z powyższych 133 chorych przechodziło, jak wspomniałem, z pewnością kiłę 46, a 16 z pewnem prawdopodobieństwem. Jeżeli i te wątpliwe przypadki zaliczymy do pewnych, otrzymamy ogólnie 46·6% kiłowych między chorymi paralitykami. Jeżelibyśmy przyjęli, że z reszty chorych przechodziła kiłę także połowa, ale jej nie spostrzegli, co zdaje mi się dość nieprawdopodobnem u ludzi inteligentnych, to pozostanie jeszcze dość takich, o których nie mamy powodu przypuszczać, że przechodzili kiłę.

Za tem, że do powstania paraliżu niekoniecznem jest zakażenie kiłowe, przemawia przypadek 45-ty. Chory ten rozpaczając przed trzema laty po śmierci żony, którą namiętnie kochał, nagle zmienił się w swem usposobieniu, zaczął szukać rozrywek i zabaw. Ta nagła zmiana usposobienia zwróciła uwagę jego otoczenia, które początek choroby odnosi do tego czasu. Teraz dopiero wśród częstych nadużyć *in Venere*, nabawił się kiły. „*Stadium conclamatum morbi*“, w którem chory został oddany do zakładu, wystąpiło u niego jeszcze przeszło przed rokiem, a zatem w parę miesięcy po nabyciu kiły. Wobec zapewnienia otoczenia i lekarza domowego, że zmiana charakteru, znamionująca początek choroby, wystąpiła u niego jeszcze przed nabyciem kiły, t. j. niespełna przed trzema laty, w jakiś czas po wzruszeniu, wywołanem śmiercią żony, należy przypuścić, że chory nabawił się kiły, będąc w pierwszym okresie paraliżu. Nie mogę się na tym przypadku stanowczo opierać, gdyż niestety sam go nie widziałem, nasuwa się jednak myśl, czy też w tych przypadkach, w których przeciąg czasu między nabyciem kiły a objawami paraliżu postępowego jest bardzo nieznaczny, n. p. 2-letni, zakażenie jadem kiłowym nie nastąpiło w pierwszem okresie paraliżu. Że początek choroby nie da się ściśle co do czasu określić i nieraz sięga kilka lat wstecz, świadczą o tem przypadki, w których kilka lat przed wystąpieniem wybitnych objawów chorobowych spostrzegano objaw Argyll-Robertson'a. Z tego, co powyżej powiedziałem, nie wynika bynajmniej, żebym miał zamiar odmawiać kile wszelkiego znaczenia przyczynowego w paraliżu postępowym, owszem uważam ją za bardzo ważny, może nawet jeden z najważniejszych czynników, ale nie wątpię również, że są przypadki tej choroby, których nie poprzedziło zakażenie kiłowe. Fournier, Obersteiner i inni, uważając kiłę za ważny czynnik przyczynowy paraliżu postępowego, chcą rozróżniać dwie postacie tej choroby, a to formę kiłową i niekiłową. Sądzą oni, że do drugiej gromady zaliczyć należy postacie chorobowe typowe z urojeniami wielkości, do pierwszej zaś przypadki, cechujące się otępieniem umysłowem.

Z powyżej podanych chorych 14-tu okazywało formę chorobową klasyczną; z tych 9-ciu nie przebyło kiły, 4-ch przebyło ją z pewnością, u jednego kiła nie była pewną. Jakkolwiek liczby te przemawiałyby po części za powyższem twierdzeniem, są one jednak zbyt małe, by z nich jaki pewniejszy wniosek wyprowadzić można.

W zestawieniu naszem znajdujemy dalej 45-ciu, t. j. 33·9% chorych dziedzicznie obciążonych, w liczbie tej jest już jednak 22-u tych, którzy przebyli kiłę. Nie uwzględniając tych liczb wspomnę najpierw o znaczeniu, jakie przyznają obciążeniu w etyologii paraliżu rozmaici psychiatrzy, a przekonamy się, że i tutaj zapatrywania ich bardzo się od siebie różnią. Dla porównania przytaczam tutaj liczby z kilku statystyk. Na 100 paralityków dziedzicznie obciążonych, wykazali: Ascher 31%, Bjorstrom 8%, Eickholt 24%, Lange 43%, Oebeke 22—46%, Simerling 11%, Westphal 6%, Ziehen 45%, Krafft Ebing 15—20%, Simon 33%, Mendel 75%. Mendel, który wśród swoich chorych znalazł największą ilość dziedzicznie obciążonych, jest zdania, że czynnik ten nie ma tak doniosłego znaczenia w etyologii tej choroby, jak w innych psychozach. Zapatrywanie to dzielą również Krafft-Ebing, Oebecke, Simerling i inni, w przeciwieństwie do Beilego, Ceilmeila, Nackego, którzy dziedziczność uważają za czynnik bardzo ważny. Specht, Hirschl odmawiają jej jakiegokolwiek znaczenia. O ile w późnych postaciach paraliżu wielu autorów nie uznaje dziedziczności za zbyt ważny czynnik, uważa ją większość za ważną okoliczność w przypadkach młodzieńczego paraliżu postępowego; pierwszy zwrócił na to uwagę Alzheimer, dalej Streitberg.

Przeglądając statystyki innych psychoz widzimy, że obciążenie jako czynnik przyczynowy bywa w nich wymieniane w 4—90%. Widzimy, że liczby te są i tutaj bardzo niestałe. Jeżeli jednak przyjmiemy liczbę przeciętną 50%, na co się przeważna część psychiatrów zgadza, to ilość ta nie stoi w rażącem przeciwieństwie do dziedzicznego obciążenia paralityków. Wiedząc z doświadczenia, że u ludzi dziedzicznie obciążonych układ nerwowy jest *a priori* słabszym i mniej odpornym na szkodliwości wszelkiego rodzaju, nie możemy odmówić znaczenia dziedziczności w omawianej chorobie. Nie znaczy to, żeby mniejsza odporność i osłabienie same prowadziły bezpośrednio do paraliżu, ale szkodliwości, które na osobnika dziedzicznie obciążonego działają, o wiele niebezpieczniejszemi będą dla niego, aniżeli dla człowieka nie obciążonego. Jak doświadczenie poucza, dziedziczność może być bezpośrednią, albo też pośrednią. O pierwszej mówimy, jeżli pochodzi od rodziców. W drugim przypadku możemy rozróżnić dziedziczność atawistyczną, pochodzącą od dziadków, i poboczną z linii krewnych, (stryj, wuj, ciotka). Ma się rozumieć, że obciążenie bezpośrednie jest najcięższem. Zachodzi jeszcze pytanie, jak zachowuje się potomstwo paralityków, czy odziedzicza również skłonność do chorób nerwowych lub też umysłowych. Jeżelibyśmy przyjęli, że obciążenie dziedziczne nie odgrywa żadnej roli w etyologii paraliżu, to potomstwo paralityka nie miałoby skłonności do wspomnianych chorób. Tymczasem tak nie jest; świadczą o tem przypadki, podane w literaturze n. p. przez Königa, gdzie z trzech córek paralityka, pochodzącego ze zdrowej

rodziny, najstarsza cierpi od 20-go roku życia na *tic convulsiv* twarzy, druga na padaczkę, najmłodsza jest od dzieciństwa umysłowo tępą. Simon spostrzegał u dzieci paralityków już wcześnie występujące zaburzenia umysłowe, a Girard zauważył kilkakrotnie, że ojciec, który umarł na paraliż postępowy, przekazywał skłonność do tej choroby swoim dzieciom. Hirschl opisuje przypadek, w którym z 4-ga dzieci paralityka, nieobciążonego dziedzicznie, dwóch synów umarło na paraliż postępowy. Do tego samego rzędu należy zaliczyć przypadek 103, gdzie ojciec chorego umarł na paraliż postępowy. Za istnieniem pewnej skłonności do paraliżu postępowego w niektórych rodzinach świadczą przypadki 22, 26, 52, 129.

Rozpatrując znaczenie dziedziczności, musimy także wspomnieć i o skłonności neuropatycznej, która może być nabytą w życiu płodowem, albo też później. Do szkodliwości, działających na dziecko w łonie matki, zaliczyć należy alkohol, brak odżywienia, troski, silne wzruszenia umysłowe i t. p. Meynert zwrócił uwagę, że dzieci, których poród był ciężki, a szczególnie kleszczowy, skłonniejsze są do wszelkiego rodzaju psychoz.

Do dalszych czynników, które przyczyniaja się do wywołania tej skłonności, należy krzywica. Krafft-Ebing zwraca uwagę, że u paralityków bardzo często spotykamy jej ślady, Ziehen przyznaje krzywicy rolę usposabiającą. Jako objawy skłonności neuropatycznej znamy: znaczną wrażliwość na wzruszenia umysłowe, jak drażliwość, popędliwość, patologiczne oddziaływanie na wyskok i skłonność do chorób nerwowych. Szczególnie skłonni do wszystkich chorób nerwowych są żydzi, u których tak często widujemy histeryę, neurastenię, drżączkę porażenną, rozmaite psychozy, a także i paraliż postępowy. Jeżeli uwzględnimy, że ludność żydowska jest we wszystkich krajach w znacznej mniejszości w porównaniu do innych wyznań, to przyznać musimy, że 27·9% w tablicy II jest cyfrą bardzo znaczną, ale nie przypadkową. Hirschl n. p. w klinice wiedeńskiej wykazał 20% izraelitów miedzy paralitykami. Zdaje się, że oprócz innych czynników wchodzą u nich w rachubę częste małżeństwa między najbliższymi krewnymi i zupełny brak mięszania się z inną rasą. (Dok. nast.).

IV. Oceny i sprawozdania.

O leczeniu tężca sposobem Roux-Borrela.

Zdał sprawę
Dr. M. W. Herman.

Tężec, jak mało która inna choroba, zbadanym został w swej istocie. I jakkolwiek znamy drogi, któremi zarazek wchodzi do ustroju, jakkolwiek nie tajnem nam jest, w jaki sposób prątki tężcowe rozwijają w ustroju swą zabójczą działalność i gdzie szukać trzeba punktu dla zaczepnego ich działania, zawsze niepewni wyniku stajemy u łoża, na którem tężec wyłamuje członki swej ofiary i wygląda to tak, jak gdyby choroba, pozbawiona form cielesnych, użyła twarzy chorego, aby „uśmiechem sardonicznym“ naigrawać się z trudów i trosk naszych. Po okresie leczenia objawowego, przeszliśmy już dawno do leczenia przyczynowego i dziś lekarz w potrzebie ma do wyboru kilka różnych antytoksyn swoistych: Tizzoniego, Rouxa, Beringa, Pasteura, Bujwida i innych. Wszystkie z nich były już używane podskórnie i śródżylnie, lecz zawsze z niestałem powodzeniem. Przeglądając odnośne spostrzeżenia kazuistyczne niemal równie często czyta się w końcu opisu „zejście śmiertelne“ jak i „wyzdrowienie“. Zatem odsetek śmierci z tężca nie o wiele spadł dziś poniżej 50%. Niezadowoleni z takiego wyniku poszukują dróg nowych. Więc w ostatnich czasach poczęto wstrzykiwać podskórnie zawiesinę z tkanki mózgowej (Krokiewicz, Schramm, Mori, Salvolini), nawiasem dodaję, że wszyscy z dobrym wynikiem, a w początkach ubiegłego roku Roux i Borrel ogłosili z instytutu Pasteura pracę, w której wykazują, że ze zwierząt zakażonych tężcem pozostaje przy życiu 77%, gdy się im już po wybuchu choroby wstrzyknie wprost do mózgu antytoksynę przeciwtężcową, podczas gdy przez wstrzykiwanie tejże przeciwtrutki podskórnie udaje się uratować zaledwie 12%. Zbyt jaskrawo liczby te różnią się między sobą, aby nie miały zachęcić do prób w praktyce. Jak to z odnośnego piśmiennictwa wynika, zaczęto uciekać się do tego sposobu przeważnie we Francyi.

Borrel i Roux w rozumowaniach swych wychodzili z tego założenia, że komórki nerwowe nie posiadają tego samego powinowactwa (*Affinität*) do antytoksyn, jak do toksyn. Z tego powodu antytoksyna nie może się spotkać bezpośrednio z toksyną. Surowica przeciwtężcowa, wstrzyknięta podskórnie, zobojętnia wprawdzie swoiste jady krążące we krwi, nie działa jednak wcale na te, które już wytworzyły związek (chemiczny?) z komórkami nerwowemi. Stąd też wyniku pomyślnego oczekiwać można tylko tam, gdzie się surowicy użyje u samego progu choroby, a wogóle zanim górna część rdzenia zostanie zajęta. Kiedy bowiem choroba aż dotąd doszła, wyczekiwać należy jeno śmierci.

1) Pierwszy przypadek, tym sposobem leczony, opisują Chauffard i Quénu (Ref. *Centralbl. für Chir.* 1899, Nr. 17) w sposób następujący: U 16-letniego ogrodnika, w 14 dni po zgnieceniu ostatnich członków dwóch palców, występują objawy tężca. Leczenie rozpoczęto czwartego dnia choroby. Zapomocą 8 mm. trepanu (*fraise*) Dryenowskiego otwarto po prawej i po lewej stronie czaszkę. Po nacięciu opony twardej wbito igłę strzykawki na 5—6 ctm. w mózg i powoli, kroplami, przez sześć minut wstrzyknięto w mózg 1·5—2 ctm. świeżo przygotowanej surowicy przeciwtężcowej Rouxa. Po tej operacyi nastąpiło 6 ciężkich dla chorego dni. Poprawa rozpoczęła się dopiero siódmego dnia, postępowała powoli, gdyż dopiero 17tego mógł usta otwierać, lecz w końcu wyzdrowiał.

2) W podobny sposób leczony był chory Garniera (Ref. w *Centralbl. für Chir.* 1899, Nr. 17). Chodziło o 53-letniego mężczyznę. Gdy mimo podskórnych wstrzykiwań surowicy przeciwtężcowej napady tężcowe nie zmniejszały się, wstrzyknięto mu do mózgu piątego dnia choroby sześć ctm. sz. tejże surowicy w ten sam sposób, jak u chorego poprzedniego. Poprawa rozpoczęła się dopiero trzeciego dnia po wstrzyknięciu, wyleczenie nastąpiło po miesiącu. Zanotować przytem należy, że równocześnie wstrzykiwano antytoksynę podskórnie (116 grm.!) i bynajmniej nie szczędzono chloralu.

Następuje niedługi szereg podobnych spostrzeżeń, które treściwie przytoczymy.

3) Robert (*Centralbl. für Chir.* l. c.): Mężczyzna 56-letni, przed trzema tygodniami skaleczył się w palec. Wybuch tężca gwałtowny. Już po 30-tu godzinach wstrzyknięto do mózgu surowicę. W 16 godzin po tym zabiegu śmierć. Sekcya wykazała: wybroczyny w oponie twardej, obrzęk opony pajęczej ponad zwojami ruchowymi po lewej stronie; po stronie prawej pod istotą korową jamka wielkości dużego orzecha laskowego o ścianach poszarpanych, wypełniona krwią. Wszystkie opisane zmiany znaleziono w sąsiedztwie miejsc wkłócia igiełek.

4) Ombrédanne (*Centralbl. für Chir.* l. c.). U chłopaka 11-letniego rozpoczęło się cierpienie wśród objawów zapalenia opon mózgordzeniowych; dopiero trzeciego dnia cho-

roby wyłonił się czysty obraz tężca. Tego samego dnia wstrzyknięto do mózgu surowicę, sposobem Borrel-Rouxa, po 3 ctm. sz. po obu stronach w przeciągu 10-ciu minut. Następnego dnia 20 ctm. sz. surowicy podskórnie. Już piątego dnia po tych zabiegach pił chory mleko i bulion. 12-tego dnia wyleczony.

5) Heckel i Reynès (*Centralbl. für Chir.* l. c.). Podczas wstrzykiwania wśródmózgowego surowicy (6 ctm. sz.) u 18-letniego chłopca, dotkniętego tężcem, zauważyli autorowie znaczne zwolnienie tętna (ze 110 na 50 uderzeń na minutę) i zmniejszenie się ilości oddechów z 40 na 30. Kiedy po tej operacyi objawy tężca stawały się coraz to groźniejsze, zastrzyknięto choremu jeszcze 20 ctm. sz. surowicy podskórnie. Mimo to chory umarł po 41 godzinach, licząc od wstrzykiwań.

6) Delmas (*Centralbl. für Chir.* l. c.). Objawy tężca rozpoczęły się siódmego dnia po powikłanem złamaniu przedramienia. Nasilenie choroby znaczne. Zaraz następnego dnia wstrzyknięcie wedle Borrel-Rouxa. Jednak młody, bo 14-letni chłopak, umarł już w 13 godzin potem.

7) A. Kocher (*Centralbl. für Chir.* 1899, Nr. 22). U 12-letniego chłopca wystąpił tężec w dwa tygodnie po skaleczeniu stopy. W drugim dniu choroby wstrzyknięto mu zmienionym nieco (jak to poniżej opiszemy) sposobem Borrel-Rouxa 5 grm. surowicy przeciwtężcowej w prawą komórkę boczną. Kiedy po trzech dniach objawy się nie zmniejszały, wstrzyknięto znów 5 grm. surowicy w lewą komórkę. Obok tego wstrzykiwano tę samą surowicę kilkakrotnie wśródżylnie i podawano *narcotica*. Po trzech tygodniach wyleczenie. Nadto wspomina autor o trzech innych przypadkach tężca, leczonych w berneńskim szpitalu wstrzykiwaniami śródmózgowymi: wszystkie trzy z pomyślnym wynikiem.

Kocher, zmieniając pierwotny zabieg, stara się rzecz uprościć. Zapomocą kraniometru oznacza miejsce, odpowiadające przedniemu rogowi komórki bocznej. Miejsce to znieczula kokainą, poczem zwyczajnym świderkiem (*Drillbohrer*) przebija części miękie, a kość przewierca i przez ten mały otworek wprowadza igłę strzykawki aż do komórki. (Dziwić się należy, dlaczego dotychczas nikt nie próbował leczyć tężec wstrzykując surowicę wprost do kanału kręgowego, postępując tak, jak się to robi przy t. z. nakłóciu lędźwiowem (*punctio lumbalis*). (*Przypisek sprawozdawcy*).

Z tego zestawienia wynika, że sposobu Borrel-Rouxa w leczeniu tężca użyto dotychczas dziesięć razy. Wyleczenie osiągnięto siedem razy, trzech chorych umarło. Byłby to zatem bardzo korzystny stosunek wyleczeń, gdyż wynoszący 70%. Byłby, — gdyż na podstawie tych spostrzeżeń nie można nic stanowczego orzec. Każdemu wiadomo, że są przypadki tężca przewlekłego lub już od początku tak łagodnego, że i przy leczeniu objawowem możemy korzystnie rokować. Zresztą zbyt mała liczba spostrzeżeń, w której stanowczo nie można wykluczyć korzystnego zbiegu okoliczności, nie pozwala na wyciąganie jakichkolwiek wniosków. W każdym razie tak poważny zabieg, jak otwarcie jamy czaszki, choćby w sposób Kochera wykonany, nie powinien być szablonowo w każdym przypadku stosowany, zwłaszcza, że tak, czy owak, wynik wątpliwy. A tembardziej wyczekująco wobec tej metody zachowywać się należy, że bardzo podobne doświadczenia F. Blumenthala i P. Jacoba (*Berliner klinische Wochenschrift* 1898, Nr. 49), podjęte zupełnie niezależnie od doświadczeń wspominanych autorów francuskich, dały wynik zupełnie ujemny. B. i J. wstrzykiwali zwierzętom z wywołanym tężcem surowicę pod oponę pajęczą, a potem po ogłoszeniu prac francuskich także i śródmózgowo, lecz zawsze z wynikiem zupełnie ujemnym.

V. Wyciągi.

Prof. Lewin. **Czy szczaw jest trucizną? Przyczynek do rozpoznawania otruć.** (*Deutsche medicin. Wochens.* 1899, Nr. 30). L. stwierdza, że nie posługując się ścisłą metodą i nie sprawdzając swych spostrzeżeń krytycznie, łatwo bardzo w zagadnieniach toksykologicznych zboczyć na zupełnie błędne tory. Zdarzyło się to właśnie, zdaniem L., Eichhorstowi, w opisie przypadku rzekomego otrucia szczawiem (*Deut. med. Wochens.* Nr. 28), w którym E. na podstawie niepewnych wywiadów odniósł zabójcze zapalenie nerek do działania tej rośliny, użytej w nadmiarze. Gdyby nawet wywiady mogły uchodzić za pewnik, to jeszcze wniosek Eichhorsta odpowiada osławionej zasadzie *post hoc*, *ergo propter hoc*. — L. wyjaśnia, że szczaw należy do rodziny roślin, odznaczającej się właśnie nieszkodliwością dla ustroju zwierzęcego (*Polygonaceae*). Wiele gatunków tej rodziny należy nawet do roślin jadalnych; w szczególności szczaw jadanym bywa na całej kuli ziemskiej, zarówno przez dzikie, jak przez cywilizowane ludy. Kilka gatunków tej rodziny bywa używanych, jako niewinne *stomachica* i t. d. Jedynie tylko dwa gatunki, wielce od szczawiów się różniące: *polygonum hydropiper i p. hydropiperoides* zdają się mieć pewne własności szkodliwe. W literaturze weterynarskiej opisano dwa razy zachorzenie niektórych owiec ze stada i raz zachorzenie konia po spaszeniu łąk, na których między innemi znajdował się także w większej ilości szczaw. Te spostrzeżenia uprawniają co najwyżej do wniosku, że bardzo wielkie ilości szczawiu może mogą być szkodliwe, ale nigdy do wniosku, że szczaw jest trucizną, gdyż jest możliwe, a nawet prawdopodobne, że przyczyną zachorzenia zwierząt nie był szczaw, lecz inna jakaś roślina, na tej samej łące rosnąca. Przytem w przypadkach tych choroba objawiała się głównie zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego, a nie nerek. Przytoczony przez Eichhorsta przypadek Sucklinga niczego wreszcie także nie dowodzi, gdyż w przypadku tym chłopiec, rzekomo szczawiem otruty, napił się dopiero nazajutrz po najedzeniu się szczawiu około 120 grm. wody mydlanej, poczem zaraz padł, stracił przytomność i wkrótce zmarł, a sekcya nie wykazała nic szczególnego; prawdopodobniej więc należy tu myśleć o zatruciu wodą mydlaną. W przypadku zaś Eichhorsta już na drugi dzień po spożyciu szczawiu twarz chorego była obrzękła, a mocz zawierał 12‰ białka. Tak szybkie powstanie klinicznie dostrzegalnych objawów zapalenia nerek nie zdarza się prawie po żadnej truciźnie, działającej wprost na nerki, zapalenie nerek musiało więc w tym przypadku istnieć już dawniej. — Wogóle więc nie można uważać szczawiu za szkodliwy, póki tego nie dowiodą ścisłe doświadczenia na zwierzętach. *C.*

Michaelis (z oddziału prof. Littena w Berlinie). **Nowy sposób barwienia preparatów krwi. (Universalfaerbemethode).** (*Deutsche medic. Wochenschrift* 1899, Nr. 30). Ponieważ dotychczas używane sposoby barwienia nie są wystarczające, zaczął autor, zachęcony przez Ehrlicha, szukać lepszego sposobu, któryby naraz dawał w obrazie drobnowidowym krwi wszystkie żądane szczegóły. Nawet bowiem wyborny trójbarwik Ehrlichowski nie barwi zupełnie ziarniny zasadochłonnej. Przy kolejnem barwieniu eozyną i błękitem metylenowym zatracają się znowu w obrazie drobnowidowym ziarenka obojętnochłonne. Barwienie zaś jednoczesne mięszaniną eozyny i błękitu posiada pewne strony ujemne, jak dotychczas zapomocą metod Chęcińskiego, Romanowski-Ziemann-Nochta. Również barwienie nowym barwikiem, uzyskanym przez Rosina, dotąd za mało jest wypróbowane.

Autor doszedł w końcu do sposobu, który równocześnie na jednym preparacie uwidacznia jądra i ziarniny obojętnoeozyno- i zasado-chłonną, oraz płytki krwi. Sposób ten jest następujący: Preparaty utrwala się w wyskoku bezwodnym przez ½ godziny (najwyżej do 24 godzin) lub przez ogrzanie na blasze miedzianej. Do barwienia sporządza się barwik z następujących roztworów zasadniczych: I. wodny 1% roztwór krystalicznego, chemicznie czystego, wolnego od chlorku cynku błękitu metylenowego. II. wodny 1% roztwór eozyny. Woda przekroplona, której się używa do sporządzenia roztworów, musi być bardzo świeża, nie zasadowa (jaką się łatwo staje, stojąc czas jakiś w naczyniu szklanem).

Z tych zasadniczych rozczynów należy przysposobić następujące rozczyny barwikowe: A. Rozczynu zasadniczego I. 20·0, wyskoku bewodnego 20·0. B. Rozczynu zasadniczego II. 12·0, Acetonu 28·0. Przed użyciem należy 1 cm³ z A. i tyleż B. zmięszać razem i w tej mięszaninie umieścić szkiełko z preparatem krwi w ten sposób, aby strona krwią pomazana, zwrócona była na dół. Preparat powinno się nieco zanurzyć, jeżeli pływa, tworzy się na nim osad. Czas barwienia od $^{1}/_{2}$—10 minut. Kierować się należy wystąpieniem zabarwienia różowego, dostrzegalnego łatwo gołem okiem, w miejsce zabarwienia niebieskiego, jakie najpierw się pojawia. Rozczyny świeże dają najlepsze obrazy.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

Köppen A. **Objaw odry Bologniniego.** (*Centralblatt für innere Medicin* 1899, Nr. 26). Bolognini spostrzegał w czasie nagminnego wystąpienia odry w r. 1893 objaw, niezauważony dotąd przez nikogo. Mianowicie, jeżeli się chory położy na wznak i przygnie nogi w kolanach, to można wymacać przez powłoki brzuszne lekkie tarcie w głębi, na małej lub większej przestrzeni, niekiedy nawet nad całym brzuchem. Jeżeli się silniej ciśnie, lub dłużej maca, objaw może zniknąć. Na 200 chorych z odrą nie znalazł Bolognini tego objawu tylko w dwu przypadkach. Jest to objaw wczesny, bo pojawia się jeszcze przed osutką na błonie śluzowej gardła.

U zupełnie zdrowych nie zdarza się, przynajmniej Bolognini na 120 dzieci zdrowych znalazł go tylko u jednego dziecka, które przebyło niedawno odrę. Objaw ten posiadałby więc wcale pewne znaczenie rozpoznawcze. Powodem owego lekkiego tarcia ma być podług Bologniniego osutka na otrzewnej.

Tłomaczenie Bologniniego nie było bardzo przekonywające, ponieważ trudno pojąć, jak osutka na otrzewnej ma być przyczyną tarcia, a jeżeliby nawet tak było, dlaczego ta osutka ma trwać tak długo, że jeszcze u dzieci, po odrze chodzących już do szkoły, dało się tarcie wykazać. Dla sprawdzenia twierdzeń Bologniniego zaczął więc autor w czasie panującej odry baczną zwracać uwagę na objaw Bologniniego u wszystkich badanych dzieci. Na 24 przypadki przed wystąpieniem osutki znalazł K. ten objaw w 10; po wystąpieniu zaś osutki na 208 przypadków w 89. Pokazało się więc, że objaw ten jest w odrze dosyć częsty, ale zgoła nie stały.

Co zaś się tyczy tłomaczenia objawu, to przedewszystkiem nie jest to tarcie, ale trzeszczenie, jak gdyby powietrze rozgniatało się pomiędzy palcami. Przekonać się o tem można, jeżeli się położy palce spokojnie na miejscu, gdzie czuć trzeszczenie. Po chwili z drobnego trzeszczenia powstaje grubsze i jeszcze grubsze, aż wyczuć można, a nawet usłyszeć grubo-bańkowate szmery, zwyczajne kruczenie jelitowe. I to też jest istotą objawu Bologniniego. Przez zwolnione powłoki brzuszne obmacywa się jelita i to prawie wyłącznie jelita cienkie razem z ich zawartością. Żeby się lepiej jeszcze przekonać, że się ma do czynienia z ruchem treści w jelitach, badał autor dzieci z uwzględnieniem równoczesnej biegunki. Pokazało się, że biegunka poprzedza zazwyczaj osutkę, a wówczas właśnie objaw dał się wykazać, potem biegunka i objaw po kilku dniach znikały. Powodem szmeru była treść nieprawidłowa, płynna, obrzednia z domieszką powietrza rozdzielonego na drobną pianę i to daje objaw Bologniniego.

Objaw ten może wystąpić w zaburzeniach w przewodzie pokarmowym u dzieci, choć rzadziej, niż w odrze. Warunkiem jest treść jelit, zmięszana z pianą, przyczem stolec oddany może nie być pienisty lub płynny, ponieważ woda może się wessać w jelitach, a gaz odejść z wiatrami, i wówczas stolec będzie nawet prawidłowy. Drugim warunkiem objawu Bologniniego jest podatność powłok brzusznych. Wogóle zatem można powiedzieć, że objaw Bologniniego pojawia się często w odrze, nie jest jednak dla tej choroby znamiennym. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

VI. Sprawozdanie z IX. Zjazdu chirurgów polskich, odbytego w Krakowie dnia 18—19 lipca 1899 roku.

Napisał

Dr. Stanisław Droba.

(Ciąg dalszy).

Dzień drugi Zjazdu.

Kol. Uhma (Lwów) przedstawia *nowy sposób barwienia dwoinek Neissera* (drukowane w Nrze 30 „Przeglądu lekarskiego").

Kol. Prof. Trzebicky (Kraków) przedstawia żołądek z przypadku, w którym wykonano *gastroenterostomię sposobem Podresa.* Operowany umarł, a powodem śmierci było to, że nie wytworzyło się połączenie między żołądkiem a jelitem. Przypadek ten jest, zdaniem mowcy, wystarczającą przyczyną do zaniechania tego wprost zabójczego sposobu operacyjnego.

Kol. Rutkowski: *O gastroenterostomii.* Obszerny ten i wyczerpujący wykład o obecnym stanie gastroenterostomii ogłoszony będzie drukiem. Prelegent na podstawie statystyk zbiorowych, jako też zestawień poszczególnych operatorów, stwierdza znaczny odsetek śmiertelności po gastroenterostomii, a przechodząc poszczególne przyczyny śmierci wykazuje, że w znacznej części winną temu jest błędna technika operacyjna. Z dotychczasowych sposobów uważa mowca za jedynie tylko właściwe: sposób Rouxa i drugi sposób Wölflera, polegające na poprzecznem przecięciu jelita czczego, wszczepieniu odcinka odprowadzającego w I sposobie w tylną ścianę, w II-gim w przednią ścianę żołądka i połączeniu części doprowadzającej z odprowadzającą. Sposobowi Wölflera ze względów technicznych oddaje mowca pierwszeństwo. Sposobem tym operował mowca 9 przypadków raka odźwiernika z 1 przypadkiem śmiertelnym z powodu włóknikowego zapalenia płuc. Przebieg we wszystkich przypadkach był znakomity. Ze względów jednakowoż, że zabieg ten jest w niektórych przypadkach zbyt ciężkim w stosunku do sił chorego, że odpływ treści żołądkowej w pierwszych dniach po operacyi nie jest zupełnie dokładny, a więc i odżywianie chorego tak znacznie wyczerpanego nie może być zaraz po operacyi dostateczne, postanowił mowca zaradzić temu w sposób następujący: Gastroenterostomia I-szym sposobem Wölflera, jako zabieg dodatkowy. Gastrostomia sposobem Witzla, lub Kadera. Przez przetokę żołądkową wprowadza kol. R. sączek, przechodzący przez żołądek i otwór żołądkowo-jelitowy do odprowadzającego odcinka jelita czczego. Dren pozostawia przez dni dziecięć. W ten sposób wyklucza się niejako żołądek na pewien czas, sok żołądkowy odpływa obok drenu łatwo do jelita cienkiego, a forsowne odżywianie chorego stosuje się natychmiast po operacyi. Sączek układa znakomicie pętle jelita, przeszkadzając wytworzeniu się zagięcia w miejscu otworu łączącego żołądek z jelitem. W ten sposób operował kol. R. trzy przypadki, wszystkie z wynikiem pomyślnym. Przebieg pooperacyjny był znakomity, bez najmniejszych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego. Chorzy po operacyi ani razu nie wymiotowali.

Wykład ten przyjęto oklaskami.

W dyskusyi wspólnej nad obu wykładami (kol. Rutkowskiego i Prof. Trzebickyego) zabiera naprzód głos: Radca dworu profesor Rydygier zaznaczając, że statystyka zależy od materyału, jaki się do operacyi wybiera. Statystykę można sobie stwarzać sztucznie i dlatego na niej nie można nigdy wiele budować.

W przypadkach wrzodów odźwiernika wykonuje profesor R. w ostatnich czasach pylorektomię, bo chociaż operacya ta jest w ogólności cięższa od gastroenterostomii, to jednak daje w przypadkach wrzodów odźwiernika lepsze wyniki, niż w przypadkach nowotworów złośliwych, a dalej uwalnia się przez nią chorych na pewno od krwotoków żołądkowych. Co się tyczy techniki gastroenterostomii, to prof. R. operuje albo sposobem Wölflera albo sposobem Hackera, wyżej stawia jednak sposób Wölflera. Prof. R. zakłada 3 warstwy szwów: Do dwóch, zwykle używanych, dodaje osobny szew na błonę śluzową, a to aby uniknąć następowych zwężeń. Aby zaś uniknąć wytwarzania się ostrogi i jej następstw, radzi sobie prof. R. od jakiegoś czasu w ten sposób, że układa pętlę w sposób spadający. Ramię doprowadzające umieszcza wyżej, a ramię odprowadzające niżej i w tem położeniu utrzymuje pętlę zapomocą dwóch, przed właściwą operacyą założonych szwów. Sposobu tego, ogłoszonego w ostatnich czasach przez jednego z operatorów francuskich, używał prof. R. dość dawno i był z niego zadowolonym.

Kol. Doc. Barącz (Lwów) poleca przy gastroenterostomii szew płytkowy z brukwi. Płytki brukwiowe oddawały koledze Barączowi bardzo dobre usługi.

Kol. Doc. Bossowski odnośnie do przypadku Prof. Trzebickyego, w którym tenże wykonał gastroenterostomię sposobem Podresa, wskazuje na 3 przypadki Sokołowa (ogłoszone niedawno w „Centralblatt für Chirurgie"), w których podobnie jak w przypadku Prof. Trzebickyego nie przyszło do wytworzenia się połączenia między żołądkiem a jelitem. Przypadki te wystarczają, by operacyę Podresa wykluczyć z szeregu dozwolonych operacyj.

Kol. Krasowski mówi na podstawie przypadków gastroenterostomij operowanych na klinice Radcy Dworu Prof. Rydygiera o zaburzeniach, występujących po operacych, a polegających na ruchach antyperistaltycznych. Głównym objawem tych zaburzeń są wymioty żółciowe.

Kol. Doc. Kryński widział dobre wyniki po gastroenterostomii sposobem Kochera, pyta przeto kol. Rutkowskiego, czy próbował tego sposobu.

Kol. Rutkowski w odpowiedzi kol. Kryńskiemu stwierdza na podstawie literatury i własnego doświadczenia niekorzystne wyniki po operacyi sposobem Kochera. Nie wdając się we wskazania operacyjne przy wrzodach okrągłych odźwiernika, wyraża kol. R. przekonanie, że szew dwuwarstwowy, ciągły, w którym szew wewnętrzny obejmuje wszystkie trzy warstwy ścian żołądka i jelita, oddaje te pewne usługi, co i szew trzechpiętrowy. Zdaniem kol. R. sposób, stosowany przez Radcę Dworu Prof. Rydygiera celem uniknięcia wytworzenia się ostrogi i jej następstw nie jest pewny. Co do sposobów podanych przez Postnikowa, Bostianelliego, Souligouxa i Podresa, to nie mają one najmniejszego znaczenia, gdyż nie spełniają najważniejszego celu tej operacyi, t. j. możności natychmiastowego odżywiania chorych.

Na tem zakończono rozprawy o gastroenterostomii.

Kol. Krasowski podaje wyniki *leczenia wilka sposobem Hollaendera*. W przypadkach suchych wyniki te są dobre i nie ma nawrotów, w przypadkach wilgotnych u osobników limfatycznych nawroty są nader często. Mowca demonstruje postępowanie Hollaendera na odpowiednim chorym.

Na tem zamknięto posiedzenie przedpołudniowe drugiego dnia Zjazdu. (Dokończenie nast.)

VII. Sprawozdanie z berlińskiego Kongresu niemieckich ginekologów, odbytego w dniu 24—27 maja 1899 roku.

Ułożył

Dr. Włodzimierz Sieminowicz.

(Ciąg dalszy).

Posiedzenie popołudniowe dnia 24-go maja.

Bumm przedstawił referat *»O gorączkach połogowych«*. (Wykład ten streszczony był w Nrze 28 „Przeglądu" z roku bieżącego str. 384).

W rozprawach zabiera głos pierwszy Döderlein. Różni autorowie różnie tłomaczą przyczyny gorączki połogowej. Ahlfeld n. p. przyjmuje zakażenie tylko za pośrednictwem rąk lub narzędzi, Fink zaś sądzi, że może się to stać bez ich pośrednictwa. Żeby się przekonać, do jakiego stopnia można ręce wyjałowić, przeprowadził D. doświadczenia z nadmanganczanem potasowym, jako jednym ze środków, który najgłębiej wsiąka w skórę. Po dokładnem oczyszczeniu rąk szczotką i t. d., nacierał je D. tak długo rozczynem tego środka, aż zupełnie zczerniały, poczem wykonawszy laparotomię przekonał się, że przy tem dłoń i spodnia powierzchnia palców prawie zbielały wskutek starcia się powierzchownych warstw naskórka. Wnosząc stąd, że nie można rąk odkazić dość głęboko i uczynić zupełnie aseptycznemi, zaleca D. używanie rękawiczek gumowych *(Condon Handschuhe)*. Rękawiczki trykotowe okazały się zupełnie do tego celu nieodpowiednie. Zanieczyszczenia pola operacyjnego z powietrza niema się co obawiać. Żeby się jeszcze dokładniej przekonać, o ile rękami zanieczyszcza się pole operacyjne, zakładał D. po operacyi, trwającej 10 minut, hodowle z otrzewnej, powłok brzusznych i kikutów i znachodził mnóstwo różnych drobnoustrojów, w znacznej części jadowitych. Przy operacyi w gumowych rękawiczkach różnica była bardzo wielka. W ten sam sposób wykazał D. wyższość rękawiczek gumowych nad trykotowemi. Nadto stwierdził D. w 400 przypadkach porodów przy użyciu rękawiczek gumowych 2% gorączek połogowych, a przy operowaniu gołemi rękami 8%. Zaleca również bardzo gorąco tak przy operacyach chirurgicznych, jako też i przy porodach wyłącznie operować i badać położnę w rękawiczkach gumowych. Przed wdzianiem rękawiczek należy ręce tak odkazić, jak gdyby się miało operować bez rękawiczek. Znajdujące się w pochwie jadowite drobnoustroje mogą, podobnie jak prątki błonicze w ustach zdrowych ludzi, być do pewnego czasu nieszkodliwe, trwa to jednak tylko dopóty, dopóki pewne zmiany w ustroju ludzkim nie wyzwolą ich własności chorobotwórczych.

Bumm zebrał podobne doświadczenia jak Döderlein. N. p. u osoby zmarłej po możliwie aseptycznie dokonanej operacyi zdołał on wykazać obecność paciorkowców, jako przyczynę zabójczego zakażenia. Badając doświadczalnie, o ile narzędzia zanieczyszczają się przy operacyi, przekonał się B., że zakażają się one tem silniej, im dłużej trwała operacya, pomimo tego, że przed operacyą wszystkie narzędzia i przybory były zupełnie jałowe. Wyjałowiony przed operacyą rozczyn solny dawał po operacyi 40 kolonij bakteryi z jednej kropli. Sądząc początkowo, że to zanieczyszczenie pochodzi z powietrza, pozostawiał B. płytki z pożywkami w sali operacyjnej, dla stwierdzenia, czy i ile drobnoustrojów na nich z powietrza osiędzie; okazało się jednak, że tej drogi zakażenia zupełnie niemożna brać w rachubę. Zanieczyszczenie narzędzi bakteryami wzrastało nietylko w miarę długości operacyi, lecz także w miarę wzrostu liczby operowanych kolejno chorych, bo po każdej operacyi liczba drobnoustrojów się zwiększała. Że źródło zakażenia było jedno i to samo, wskazuje ta okoliczność, że za każdym razem znajdował B. jedne i te same drobnoustroje. Doświadczenia dowiodły, że do zanieczyszczania pola operacyjnego i narzędzi przyczynia się najbardziej brud pod paznokciami. Po najstaranniejszem oczyszczeniu rąk i paznokci przeciągał B. czystą jedwabną nitkę po pod paznokcie i znalazł na niej jeszcze niezliczone mnóstwo bakteryj. Po odkażeniu rąk alkoholem dlatego nie znajdujemy bakteryj, ponieważ środek ten ścina powierzchowne warstwy naskórka i w ten sposób zamyka w głębszych jego warstwach drobnoustroje; gdy podczas operacyi powierzchowny naskórek zetrze się, bakterye obficie dostają się na pole operacyjne. Sublimat działa podobnie, jak alkohol, jak się o tem B. stosownemi doświadczeniami przekonał. Na całkowite wyjałowienie rąk którymkolwiek ze znanych środków nie należy więc wiele liczyć, a jedyną rękojmię aseptyki dają, zdaniem B., rękawiczki gumowe, przyczem jednak B. nie zarzuca sublimatu, jako środka odkażającego. Żeby utrzymać narzędzie chirurgiczne jałowo, powrócił B. do dawnego sposobu t. j. wkłada je w rozczyn karbolowy. Wacików przy operacyi używa nie mokrych, ale suchych.

Franz stwierdza, jako pewnik, że im częściej położnica jest badaną wewnętrznie, tem większe grozi jej niebezpieczeństwo zakażenia. F. u ciężarnych i rodzących w 70% nie znalazł żadnych szkodliwych drobnoustrojów. 80 razy znalazł paciorkowce. Gonokokki możemy zupełnie wyłączyć z szeregu przyczyn gorączki połogowej we właściwem słowa znaczeniu, aczkolwiek mogą one w tym czasie wywołać zapalenie jajowodów lub jajników. Do powstania gorączki połogowej potrzeba, zdaniem F., oprócz obecności bakteryj także zatrzymania się odchodów połogowych. To zatrzymanie się odchodów i następowe rozmnożenie się drobnoustrojów odgrywa rolę szczególnie w gorączkach takich położnic, które wcale nie były badane wewnętrznie.

Fehling wbrew twierdzeniu Ahlfelda, jakoby zakażenie następowało jedynie za pośrednictwem ręki lub narzędzia, miał sposobność spostrzegać niejednokrotnie ciężkie, a nawet śmiertelne przypadki gorączek u położnic, które wcale nie były badane. Twierdzenie niektórych autorów, że wszystkie zakażenia biorą swój początek z miejsca przyczepu łożyska, jest mylne; zakażenie może nastąpić również z innych miejsc, jak n. p. z szyjki macicy. Zakażenia niepodobna oddzielać od zatrucia *(intoxicatio)*. F. zauważył, że w czasie roku szkolnego, kiedy studenci badają, położnice o 10% częściej gorączkują, aniżeli w czasie feryj: pod tym względem Ahlfeld ma słuszność. Jednakże jedna trzecia położnic, zupełnie niebadanych, również gorączkuje. Gdy studenci badali położnice w rękawiczkach trykotowych, gorączkowało 27% badanych; przy badaniu bez rękawiczek gorączkowało tylko 22%. Przyczyną tego było prawdopodobnie to, że studenci przy użyciu rękawiczek nie starali się rąk swych tak dokładnie wyjaławiać, jak badając bez rękawiczek. Gumowe rękawiczki powinny służyć nie na to, żeby położnicy nie zanieczyścić, lecz na to, żeby zapobiedz zanieczyszczeniu rąk położnika. Wogóle jednak przez użycie rękawic błona śluzowa narządu rodnego łatwiej ulega uszkodzeniu i przez to zakażeniu, aniżeli przez badanie gołą ręką i z tej przyczyny F. nie zaleca powszechnego użycia rękawic w położnictwie.

Lindenthal zaprzecza twierdzeniu, jakoby prątek okrężnicy *(bacillus colli comm.)* mógł wywołać zakaźną odmę macicy *(Trympania uteri)*. L. wykrył w jelitach prątek bezpowietrzny, podobny do prątka Fraenkla, który jest zupełnie nieszkodliwy, jak długo

znajduje się w jelitach, dopiero, gdy dostanie się z nich na zewnątrz, staje się jadowitym. Prątek ten, tworzący wiele gazów, może się dostać do macicy przez naczynia chłonne, a rozmnożywszy się wywołać odmę.

Krönig. Alkohol i sublimat nie wystarczają do całkowitego wyjałowienia rąk. Gorączka połogowa jest to zatrucie (intoksykacya), a nie, jak Bumm twierdzi, zakażenie rany. Bakterye gnilne dostają się do otrzewnej przez naczynia chłonne i przez naczynia krwionośne. Gdyby zatrzymanie odchodów połogowych miało być przyczyną gorączki połogowej, w takim razie w każdym przypadku po przepłókaniu macicy gorączka powinnaby opaść, a jednak w pewnych przypadkach dzieje się wprost przeciwnie, po przepłókaniu macicy gorączka się wzmaga. Zdaniem K. zakażenie paciorkowcami nie jest tak groźne, jak to powszechnie sądzą. Są różne rodzaje paciorkowca, posiadające nader rozmaitą żywotność i jadowitość. Saprofity, jak długo znajdują się na powierzchni ciała, tak długo są nieszkodliwymi pasorzytami, gdy jednak dostaną się na odpowiedni grunt (ranę), wówczas stają się jadowitymi. To spostrzeżenie poucza, dlaczego nieraz doświadczenia bakteryologiczne nie zgadzają się ze spostrzeżeniami klinicznemi.

Schauta miał na 3500 porodów 8% śmiertelności, a z tego 6% z powodu gorączki połogowej; w klinice wynosi śmiertelność 0·105%. Każda położnica, która była badaną poza kliniką, uważaną jest za zakażoną, przyjmowaną na oddział zakaźny i badaną przez rękawiczki, żeby zapobiedz zakażeniu rąk; tych położnic nie pozwala S. badać studentom. Na klinice Prochownicka bada się każdą położnicę bakteryologicznie. Surowicę Marmorka stosuje się w tych przypadkach gorączki połogowej, w których badanie bakteryologiczne wykaże paciorkowce; dotychczas jednak surowica ta nie wydała skutków dodatnich. Przypuszczenia Hofmeiera, że wydzieliny pochwy zdrowej kobiety są zabójcze dla bakteryi, nie można uważać za rzecz pewną, bo gdyby tak było, to każda położnica, której nie badano wewnętrznie, musiałaby przebyć połóg bez gorączki: w rzeczywistości jest inaczej, jak tego dowodzi choćby przypadek Kröniga, w którym położnica zupełnie nie była badaną, a jednak umarła na gorączkę połogową z powodu zakażenia paciorkowcami. (C. d. n.).

VIII. Korespondencye.

Suez, 23 czerwca 1899 r.

Dzienniki doniosły do kraju, że w Aleksandryi panuje dżuma; wiadomość ta chyba każdego niemile musiała dotknąć, gdyż z Aleksandryi i Egiptu bardzo już blisko do Europy i nietrudno, by straszna ta choroba nawiedziła ją znowu po kilku wiekach. Ponieważ, jak przypuszczam, zajmować będzie kolegów w kraju sposób ochrony przed zawleczeniem dżumy do Europy, chcę tą drogą przesłać kilka wiadomości o obecnym stanie zarazy i o środkach, podjętych przez międzynarodową komisyę sanitarną.

W Aleksandryi zaszły pierwsze przypadki dżumy 2-go maja, stwierdzono je jednak na pewno dopiero 18-go maja, zkąd zaś i jaką drogą przybyła, dotychczas nie rozstrzygnięto. Od tego czasu aż dotąd pojawia się po kilka przypadków na tydzień (do dziś 38, z których zmarło 15). Powiadają, że postać łagodna i mało zaraźliwa, a jednak przecież coraz to więcej zejść śmiertelnych. Po stwierdzeniu jakości choroby zabrano się bardzo energicznie do jej zwalczenia. Rząd wyznaczył na ten cel $1/2$ miliona franków. Z początku uznano tylko Aleksandryę za miejsce dotknięte dżumą i wyznaczono kwarantanę dla osób przybywających z Aleksandryi, obecnie jednak okazało się to niemożliwem do wykonania i zniesiono to rozporządzenie, tak że n. p. z Aleksandryi do Kairu, Suezu i t. d. można bez przeszkody się dostać. Ale za to, jakkolwiek w żadnem innem mieście prócz Aleksandryi nie było przypadku dżumy, cały Egipt jest w kwarantanie. Dzienniki, które donosiły, że zaszły przypadki dżumy w Kairze, Suezie, Ismaili i Port-Said, kłamią. Okręty, stykające się z Egiptem, podlegają kwarantanie w portach, w których chcą podróżnych wysadzić na ląd lub towar wyładować, jeżeli droga od wyjazdu z Egiptu trwała krócej, aniżeli dni dziesięć. Okręty biorą podróżnych tylko z Aleksandryi, przygotowane na odbycie kwarantany w portach, do których przybiją, natomiast z Suezu, Ismaili, Port-Said, żaden okręt podróżnych nie zabiera z wyjątkiem niektórych tylko okrętów angielskich, których droga do Londynu trwa dni 15 i okrętów francuskich, dla których w Marsylii nie zaprowadzono kwarantany, lecz tylko oględziny lekarskie. Z przejeżdżającemi przez kanał suezki okrętami stykamy się tylko my lekarze kwarantanowi.

Rewizya lekarska odbywa się w sposób następujący. Każdy okręt, przybywający od strony Morza Czerwonego, musi stanąć w porcie suezkim i wywiesza żółtą flagę na znak, że jeszcze nie było wizyty lekarskiej i że nie dostał t. zw. *libre pratique*. Dozoruje tego zresztą nasza służba sanitarna. Bezpośrednio po przybyciu okrętu udaje się lekarz na stacyjnej łodzi parowej i staje koło okrętu. Wtedy z okrętu spuszczają schody, a kapitan i lekarz okrętowy schodzą do łodzi i oddają t. zw. patenty zdrowia *(Bills of helth)*, imienny spis służby okrętowej i podróżnych i książkę, w której jest obowiązany spisywać najdrobniejsze szczegóły ze swej podróży. Nadto musi lekarz okrętowy, lub kapitan, jeżeli na okręcie niema lekarza, złożyć piśmienne oświadczenie, że na okręcie wszyscy zdrowi, że podczas całej podróży nie było przypadku choroby zakaźnej, że nikt nie umarł, lub jeśli umarł, na jaką chorobę. Wszystko to przegląda lekarz kwarantanowy i jeżeli niema jakiej przeszkody, schodzi na okręt. Gdyby na okręcie była dżuma, to taki okręt odsyła zaraz do źródeł Mojżesza. Winienem dodać, że okrętów przybywających z miejsc zadżumionych w nocy nie rewiduje się zaraz, lecz dopiero rano dnia następnego, a straż sanitarna czuwa, by nikt na okręt nie wsiadł i nikt okrętu nie opuszczał. Gdy okręt przybywa z miejsc, gdzie dżuma nie panuje, odbywa się wizytę na okręcie bądź w dzień, bądź w nocy w ten sposób, że po przysiędze kapitana, iż na okręcie ani chorych, ani umarłych niema, przelicza się służbę okrętową, przegląda podróżnych, poczem wydaje się patent zdrowia. Gdy okręt przybywa z miejsca zadżumionego, trzeba każdemu majtkowi zbadać gruczoły pachowe, pachwinowe i popatrzeć w twarz, tak samo postępuje się z podróżnemi trzeciej klasy, oszczędzając kobiet, a podróżnych klasy pierwszej i drugiej tylko się rachuje i zewnętrznie ogląda. Kiedy lekarz skończy wizytę i nie znajdzie nic podejrzanego, wtedy dopiero wolno okrętowi spuścić żółtą choragiew i wtedy każdemu wolno wysiadać i wsiadać na okręt. Obecnie jednak, jak już wspomniałem, od czasu jak wprowadzono w Egipcie kwarantanę, przeważna ilość okrętów przechodzi przez kanał pod żółtą flagą, wskutek czego w Suezie nie może nikt wsiadać, ani też okręt nie może ładować towarów. Ponieważ przy przebywaniu kanału musi być na okręcie t. zw. pilot t. j. specyalista do kierowania okrętem podczas jazdy kanałem, przeto kompania kanałowa utrzymuje na osobnym, specyalnie do tego przygotowanym okręcie odpowiednią ilość takich odkażonych pilotów, nie stykających się z lądem, których przewozi się na odkażonej łodzi na okręt. Dwóch ludzi ze służby sanitarnej jedzie obok okrętu na łodzi parowej i strzeże okrętu przez całą drogę. Pilotów odkaża lekarz kwarantanowy i nadzoruje ich podczas pobytu na okręcie, na mieszkanie ich przeznaczonym. Jeżeli podróżny jaki chce z okrętu wysiąść do Suezu, może to tylko wtedy uczynić, jeżeli nie przybywa z miejsca nawiedzonego dżumą. Gdy przybywał z miejsca zadżumionego, jadąc przynajmniej dziesięć dni, mógł wysiąść bez przeszkody; jadąc krócej niż dni dziesięć, musiał odbywać kwarantanę u źródeł Mojżesza, aż dopełnił dni dziesięciu, przy czem, zanim dostał się do Suezu, on i jego rzeczy podlegały ścisłemu odkażeniu. Tak było do czasu wybuchu dżumy w Aleksandryi. Obecnie zaostrzono ten przepis o tyle, że każdy przybywający, jak również i rzeczy, wyniesione w Suezie na ląd z okrętu, przybywającego z okolic zadżumionych, choćby nawet podróż trwała cały miesiąc, muszą ulegać odkażeniu. Rozporządzenie to ma zapobiedz możliwemu przeniesieniu dżumy z okrętów do innych miast Egiptu. *Dr. Józef Batko.*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 17 sierpnia.

— Wyszła z pod prasy III część »Słownictwa anatomicznego«, opracowanego przez ś. p. Dr. Stanisława Krysińskiego. Wydawcy, koll.: Markiewicz, Puławski, Sawicki i Śmiechowski zaznaczają w przedmowie, że część ta nie jest tak wykończoną, jakby tego rzecz wymagała, jednakże i w obecnej swej postaci może stać się cenną pomocą i punktem wyjścia w przyszłem opracowaniu słownictwa lekarskiego polskiego. Naszem zdaniem wydanie »zapisek słownikowych« ś. p. Krysińskiego było rzeczą konieczną już choćby z tego względu, że tłómacząc w bardzo wielu przypadkach dostatecznie, dlaczego autor w I i II części słownictwa użył tego, a nie innego miana, temsamem zwiększy liczbę zwolenników »Słownictwa« i w ten sposób przygotuje glebę dla przyszłego ujednostajnienia naszego języka lekarskiego, choćby on nawet nie zawsze kształtował się na zasadach »Słownictwa anatomicznego«.

— Niedawno zdrojowisko Iwonicz obchodziło jubileusz 25-letniej działalności Dr. Kl. Dębickiego; obecnie przygotowuje się uczczenie 40-letniej pracy lekarskiej Radcy ces. Dr. Aurelego Plecha w Truskawcu.

— Jak słychać, zamierza okręgowa Kasa chorych w Wiedniu, do której, oprócz przymusowo zapisanych robotników, należy bardzo wielu dobrowolnych uczestników, rozciągnąć prawo korzystania z pomocy lekarskiej i lekarstw także na rodziny obecnych członków Kasy. Zarządzenie takie, gdyby miało rzeczywiście dojść do skutku, byłoby, jak zgodnie podnoszą dzienniki lekarskie wiedeńskie, nadzwyczajną krzywdą i ostatecznym ciosem dla interesów ekonomicznych stanu lekarskiego w Wiedniu. Obecnie zaś, po rozwiązaniu się wiedeńskiej Izby lekarskiej wskutek znanego wyroku Najwyższego Trybunału, odmawiającego praw wyborczych do Izb lekarzom, nie przynależnym do gminy m. Wiednia, niema możności nawet wniesienia choćby gołosłownego protestu przeciw temu zamachowi na stan lekarski.

— Izba lekarska morawska rozesłała swego czasu do podwładnych sobie lekarzy kwestyonaryusz w sprawie wynagrodzeń w Kasach chorych. Odpowiedź nadesłało 277 lekarzy Kasy. Wyniki tych badań są bardzo smutne: okazało się bowiem, że na jednego lekarza przypada nieraz 1600 członków Kasy, nie licząc ich rodzin, mających w wielu Kasach prawo do pomocy lekarskiej; że odległość mieszkań chorych od mieszkania lekarza Kasy wynosi gdzieniegdzie aż do 16 kilometrów; co zaś najgorsze, że wynagrodzenia lekarzy są haniebnie nizkie, np. 50 złr. za 200 członków Kasy, 56 złr. za 300, 180 złr. za 500, 740 złr. za 1518, wskutek czego wynosi pojedyncze wynagrodzenie nieraz 13—15 centów!! (U nas istnieją Kasy, gdzie wynagrodzenie za jedną wizytę lekarską wypada na 7—11 centów). Nieco korzystniejsze są stosunki lekarzy, wynagradzanych nie stałą płacą, ale od wizyty: w tych przypadkach wynosi zapłata za wizytę na Morawach od 15 do 60 centów.

— Lekarska kasa chorych w Wiedniu rozporządza po 6 latach istnienia majątkiem, wynoszącym 31.086 złr. Przez te 6 lat wypłacono 34.440 złr. odszkodowań chorym, a 2400 złr. kosztów pogrzebowych. Prawie wszystkie zakłady kąpielowe i zdrojowe przyznały członkom wiedeńskiej Kasy znaczne ulgi, choć znalazły się i takie, które ulg tych odmówiły, a między nimi zasługuje na napiętnowanie zarząd zdrojowy w Karlsbadzie, który radził nawet zwrócić się do »szpitali«. Oburzający ten postępek wywoła zapewne odpowiednie echo u ogółu lekarzy.

— W Cassel powstał strejk lekarzy powszechnej Kasy chorych z powodu nadmiernego obniżenia wynagrodzeń lekarskich. Do strejku hasło dali okuliści, poczem przyłączyli się do tego i inni lekarze.

— W pobliżu Kłajpedy otwarto 20 z. m. niemiecki zakład dla 12 trędowatych.

— Na cele sanitarne i szpitale wydało w r. z. miasto Petersburg z górą 3 miliony rubli, co stanowi przeszło $^1/_4$ sumy wydatków miejskich.

— 4—9 września b. r. odbędzie się w Brukseli międzynarodowa konferencya w sprawie zwalczania kiły i chorób wenerycznych. W liczbie sprawozdawców znajduje się jeden Polak, prof. Finger z Wiednia.

— 71 Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich mający się odbyć w Monachium 17—23 września b. r., podzielony będzie na 37 sekcyi, z których 20 lekarskich. Wszystkie sekcye lekarskie odbędą jedno wspólne posiedzenie dla obrad nad sprawozdaniem Prof. Marchanda i Prof. Rabla: »O stosunku anatomii patologicznej i patologii ogólnej do embryologii«.

— Z inicyatywy prof. Hlawy, jako przedstawiciela »Spolku lékařů českých i Dra Podlipnego, burmistrza miasta Pragi, rozpoczęto w Czechach działalność, skierowaną ku tworzeniu uzdrowisk dla suchotników.

— Ruch ludności m. Krakowa w tygodniu 31 (30 VII—5. VIII 1899). Małżeństw 11 (6·83), urodzin 67 (41·61), skonów 49 (30·43). Stosunek dzieci ślubnych do nieślubnych u katolików 45:7, u izraelitów 7:7. Z płonicy zmarło 2, z czerwonki 1 dziecko.

— Zjazd w sprawie gruźlicy pozostawił po sobie oprócz innych dodatnich skutków, konkurs na popularną rozprawę na temat: »Gruźlica i jej zwalczanie«. Rozprawa ta ma obejmować 3—5 arkuszy druku; nagroda wynosi 4000 marek, a może być rozdzieloną na 2 po 2000 marek. Praca nagrodzona staje się własnością głównego niemieckiego komitetu, zajmującego się sprawą zakładów dla suchotników, który postara się o druk i jaknajszersze rozpowszechnienie nagrodzonej rozprawy. Prace konkursowe należy nadsyłać do dnia 4 grudnia b. r. pod adresem: Prof. B. Fraenkel (*Berlin, Bellevue Str. 4*), z zachowaniem zwykłych form konkursowych.

— Dotychczas panowało przekonanie, że prądy elektryczne o napięciu, niższem od 150 wolt, nie są dla życia ludzkiego niebezpieczne. Jednakże w ostatnich czasach ogłoszono nieszczęśliwe wypadki wskutek działania słabszych prądów, co skłoniło fizyologa, prof. Webera w Zurychu, do dokładnego zbadania tej sprawy drogą doświadczalną. Z badań tych okazało się, że już przy prądach o 50 woltach nie można bez cudzej pomocy oderwać kurczowo zaciśniętych rąk od dotkniętego przewodnika, a już przy prądach o 90 woltach istnieje niebezpieczeństwo dla życia, zwłaszcza jeśli ręce, chwytające drut, są wilgotne. Wobec tego należałoby już dla prądów elektrycznych o średniem napięciu zastosowywać te przepisy, jak dla prądów o napięciu wysokiem.

Mianowania i odznaczenia. Nadzw. prof. medycyny sądowej w Insbruku, Dr. Ipsen, mianowany profesorem zwyczajnym. Dr. Bloch mianowany prof. chirurgii w Kopenhadze. Dr. Rossoni mianowany prof. patologii lekarskiej w Rzymie.

Nekrologia. Zmarli: Dr Konrad Chmielewski, kownianin, wyzwoleniec moskiewskiego uniwersytetu. Po powrocie z Syberyi osiadł w r. 1869 w Warszawie, gdzie zdobył zaletami umysłu i serca wzięcie i uznanie. Po odbyciu za granicą specyalnych studyów wodolecznictwa, objął kierownictwo tej gałęzi w Zakładzie nałęczowskim. Od r. 1886 aż do śmierci pełnił obowiązki dyrektora Nałęczowa i nadał temu Zakładowi piętno osobiste, którego główną cechą była powaga zawodowa, prostota, wyrozumiałość i miłość bliźniego. Liczył lat 61.

Cześć pamięci zasłużonego obywatela i sumiennego lekarza.

Dr. Balbiani, prof. embryologii w „Collège de France«. Dr. Klotz, prof. ginekologii w Insbruku.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: *Gazeta lekarska* Nr. 32: A. Zięciakiewicza: Typy oddechania w zastosowaniu do sztuki śpiewu. St. Pechkranca: Samoistne cierpienia serca (c. d.). Dr. J. Fajersztajna: Polymyositis primaria (c. d.). *Medycyna* Nr. 32. K. Stróżewskiego: Uraz, jako przyczyna cierpień układu nerwowego (dok.), K. Sacewicza: O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego.

Redakcya otrzymała:

— L. Zembrzuski: Przyczynek do chirurgii pęcherzyka żółciowego. (Odbitka z *Medycyny*, 1899).

— Dr. K. Noiszewski: Anatomia czaszkojamu. *Petersburg*, 1899 rok.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.